

Anlage Internetquellen

Zur Bachelorarbeit

Der neue Pflege-TÜV in der Praxis – Stand der Einführung und Analyse der Chancen und Risiken des Qualitätssicherungssystems in der stationären Pflege anhand ausgewählter Einrichtungen

Maria Kolibal

29.05.2020

Anlage (1)

Politik

Neuer Pflege-TÜV soll im Herbst 2019 kommen

Freitag, 9. November 2018



/dpa

Berlin – Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen es künftig leichter haben, ein gutes Pflegeheim oder einen guten ambulanten Pflegedienst zu finden. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) kündigte heute in den Zeitungen der *Funke-Mediengruppe* an, dass der neue, lang erwartete Pflege-TÜV im Herbst 2019 kommen soll.

Zuvor hatten im Sommer Wissenschaftler unter Federführung des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld ein Konzept zu einer verbrauchernäheren Bewertung der mehr als 13.000 Pflegeheime und ebensovieler ambulanter Pflegedienste in Deutschland vorgelegt. Im Mittelpunkt sollen dann der tatsächliche Gesundheitszustand der Heimbewohner sowie die Ausstattung und Angebote der Einrichtungen stehen. Dieses Konzept muss jetzt noch vom eigens von der Bundesregierung gegründeten Qualitätsausschuss Pflege in Richtlinien umgesetzt werden. In diesem Gremium sitzen Vertreter der Pflegekassen und der Anbieter von Pflegeleistungen.

Seit 2009 gibt es Pflegenoten. Das Ziel: Angehörige sollten so schnell und unkompliziert wie möglich ein gutes Heim oder eine ambulante Pflegestation für pflegebedürftige Familienmitglieder finden können. Alle Einrichtungen werden deshalb jährlich vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüft und anhand von rund 70 Kriterien mit Schulnoten bewertet. Der gewünschte Nebeneffekt: Der Pflege-TÜV sollte auch den Qualitätswettbewerb zwischen den Einrichtungen befeuern.

Doch Politik, Verbraucherschützer, Pflegekassen und Heimbetreiber waren sich schnell einig, dass der mit guter Absicht eingeführte Pflege-TÜV mit seinen Schulnoten genau das nicht leistet. „Es werden bewusst Schwachstellen vertuscht, damit keine Pflegeeinrichtung schlechter dasteht als andere“, kritisierte der vormalige Pflegebeauftragte der

Bundesregierung, Karl-Josef Laumann (CDU). Alle Heime erhielten im Bundesdurchschnitt die Note 1,2 – für Kritiker ein Hohn angesichts der Zustände in den Einrichtungen.

Kritik entzündete sich insbesondere daran, dass vor allem bürokratische Abläufe überprüft wurden und dass keine K.-o.-Kriterien aufgestellt wurden. „Singen eins, Mathe sechs – in der Schule bleiben Sie damit hängen, im Bereich der Pflege erhalten Sie die Durchschnittsnote drei“, kritisiert etwa die Deutsche Stiftung Patientenschutz. Ein guter Speiseplan könne schlechte Pflege ausgleichen.

Im Sommer 2016 nahm deshalb der Pflege-Qualitätsausschuss seine Arbeit auf. Er beauftragte die Bielefelder Wissenschaftler, zusammen mit Pflegekassen, Einrichtungsträgern sowie Vertretern der Pflegebedürftigen und der Pflegeberufe ein besseres wissenschaftliches Verfahren zur Qualitätsmessung vorzulegen.

Mehr Informationen als beim alten Prüfsystem

Nach dem im Juni vorgelegten Konzept soll es künftig ein Baukastensystem geben, das weit mehr Informationen bereitstellt als zuvor. Wenn es um die Bewertung der medizinischen Pflegequalität geht, sollen die jährlichen Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, Berichte der Heimaufsicht und die Selbstangaben der jeweiligen Heime zusammenfließen.

Für letztere hat der Bielefelder Pflegewissenschaftler Klaus Wingefeld genaue Kriterien entwickelt. Bei der internen Prüfung wird dabei jeder Bewohner begutachtet; in Zeitreihen können Veränderungen im Pflegezustand aller Bewohner festgestellt werden. „Es geht künftig etwa darum, wie gut es gelingt, Mobilitätsverlust, Sturzverletzungen, die Entstehung von Druckgeschwüren oder den Einsatz freiheitseinschränkender Maßnahmen zu vermeiden“, so Wingefeld.

Gute und schlechte Ergebnisse besonders kennzeichnen

Die Ergebnisse sollen dann laut Konzept mit Kategorien wie „weit über Durchschnitt“, „etwas über Durchschnitt“, „nah am Durchschnitt“, „etwas unter Durchschnitt“ oder „weit unter Durchschnitt“ bewertet werden. Besonders gute oder schlechte Ergebnisse sollen bildlich herausgehoben werden.

Das neue Bewertungssystem soll den Verbrauchern aber auch konkrete Informationen über die Lebensqualität in der jeweiligen Einrichtung liefern. So sollen die Einrichtungen Auskunft geben, wie viele Pflegebedürftige ein Pfleger betreut. © *kna/aerzteblatt.de*

Anlage (2)



Unabhängige Datenauswertungsstelle nach § 113 Abs. 1b SGB XI

FAQ

 [Für Pflegeeinrichtungen](#)

[</> Für Softwareanbieter](#)

[~ Registrierung](#)

[i Anleitungen für Pflegeeinrichtungen](#)

[Wo sind Informationen zum Gesamtverfahren zu finden?](#)

[Wer ist die Datenauswertungsstelle und was sind ihre Aufgaben?](#)

[Was ist die Aufgabe der Pflegeeinrichtung?](#)

[Wann erfolgt die Registrierung bei der Datenauswertungsstelle?](#)

[Wie und wann werden die Stichtage zur Datenübermittlung festgelegt?](#)

[Ist es für große Träger möglich, die Stichtage für alle Einrichtungen gesammelt und einheitlich festzulegen?](#)

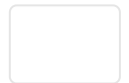
[Welche Daten müssen erfasst und übermittelt werden?](#)

[Wozu dient die von der Datenauswertungsstelle verwendete Einrichtungs-ID?](#)

[Wie setzt sich das Pseudonym für die Bewohner zusammen?](#)

[Ab wann sind Daten an die Datenauswertungsstelle zu übermitteln?](#)

Alle zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen sind gemäß § 114b SGB XI verpflichtet, ab 1. Oktober 2019 bis zum 30.



Die verpflichtenden Stichtage für die Daten Ihrer Einrichtung gelten erst ab dem 1. Juli 2020.

Bis zum 30. Juni 2020 ist eine **einmalige** Übermittlung der Datensätze vom Gesetzgeber vorgegeben. Diese kann zu einem beliebigen Zeitpunkt durchgeführt werden. Die Ergebnisse dieser Übermittlungen werden nicht veröffentlicht.

Darüber hinaus können Sie bis zum 30. Juni 2020 jederzeit weitere (Test-)Datenlieferungen an die DAS Pflege übermitteln. Für diese Datenlieferungen werden keine zeitraumübergreifenden Auswertungen durchgeführt und keine Verlaufsdarstellungen erstellt. Auch diese Ergebnisse werden nicht veröffentlicht.

[Wie sind die Fristen für die Datenübertragung geregelt?](#)

[Was bezeichnet der Begriff „Stichtag“?](#)

[Wie können Pflegeeinrichtungen ihre Daten übermitteln?](#)

[Stellt die Datenauswertungsstelle eine Erfassungssoftware für die Pflegeeinrichtungen bereit?](#)

[Wie erreiche ich das Webportal der Datenauswertungsstelle?](#)

[Welche technischen Voraussetzungen braucht eine Pflegeeinrichtung zur Übermittlung der Daten?](#)

[Brauchen Pflegeeinrichtungen eine besondere Software?](#)

[Können Softwareanbieter eigene Erfassungssoftware für Pflegeeinrichtungen bereitstellen?](#)

[Wie kann bereits vorhandene Software genutzt werden?](#)

[Wird die Bereitstellung von Erfassungssoftware mit zusätzlichen Kosten verbunden sein?](#)

[Ab wann wird es Möglichkeiten zur automatisierten Übertragung der Daten geben?](#)

[Wie werden die Ergebnisse der Indikatoreauswertung an die Pflegeeinrichtungen übermittelt?](#)

[Wird es konkrete Hinweise auf Qualitätsmängel bzw. auf Verbesserungspotenziale geben?](#)

[Erfolgen Auswertungen der Indikatoren auch auf Wohnbereichsebene?](#)

[Werden Daten, die bisher an die DatenClearingStelle übermittelt wurden, zukünftig ebenfalls an die Datenauswertungsstelle übermittelt?](#)

[Wie können sich die Pflegeeinrichtungen und deren Mitarbeiter auf die Erfassung vorbereiten?](#)

[Werden für Datenerfassung und -übermittlung Schulungen angeboten?](#)

[Haben Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, die Datenerfassung zu testen?](#)



Anlage (3)



Unabhängige Datenauswertungsstelle nach § 113 Abs. 1b SGB XI

FAQ

[Für Pflegeeinrichtungen](#)[Für Softwareanbieter](#)[Registrierung](#)[Anleitungen für Pflegeeinrichtungen](#)

[Wo sind Informationen zum Gesamtverfahren zu finden?](#)

[Wer ist die Datenauswertungsstelle und was sind ihre Aufgaben?](#)

[Was ist die Aufgabe der Pflegeeinrichtung?](#)

[Wann erfolgt die Registrierung bei der Datenauswertungsstelle?](#)

Die Pflegeeinrichtungen müssen sich zwischen Juli und September 2019 bei der Datenauswertungsstelle registrieren. Alle den Landesverbänden der Pflegekassen bzw. der DatenClearingStelle bekannten Pflegeeinrichtungen wurden vor Beginn des Registrierungszeitraums von der Datenauswertungsstelle angeschrieben und über das weitere Vorgehen informiert. Die Registrierung und die Stichtagsauswahl sind seit dem 15. Juli 2019, 12 Uhr möglich.

[Wie und wann werden die Stichtage zur Datenübermittlung festgelegt?](#)

[Ist es für große Träger möglich, die Stichtage für alle Einrichtungen gesammelt und einheitlich festzulegen?](#)

[Welche Daten müssen erfasst und übermittelt werden?](#)

[Wozu dient die von der Datenauswertungsstelle verwendete Einrichtungs-ID?](#)

[Wie setzt sich das Pseudonym für die Bewohner zusammen?](#)

Anlage (4)



Unabhängige Datenauswertungsstelle nach § 113 Abs. 1b SGB XI

FAQ

 [Für Pflegeeinrichtungen](#)

[</> Für Softwareanbieter](#)

[~ Registrierung](#)

[i Anleitungen für Pflegeeinrichtungen](#)

[Wo sind Informationen zum Gesamtverfahren zu finden?](#)

[Wer ist die Datenauswertungsstelle und was sind ihre Aufgaben?](#)

[Was ist die Aufgabe der Pflegeeinrichtung?](#)

[Wann erfolgt die Registrierung bei der Datenauswertungsstelle?](#)

[Wie und wann werden die Stichtage zur Datenübermittlung festgelegt?](#)

[Ist es für große Träger möglich, die Stichtage für alle Einrichtungen gesammelt und einheitlich festzulegen?](#)

[Welche Daten müssen erfasst und übermittelt werden?](#)

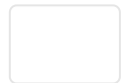
[Wozu dient die von der Datenauswertungsstelle verwendete Einrichtungs-ID?](#)

[Wie setzt sich das Pseudonym für die Bewohner zusammen?](#)

[Ab wann sind Daten an die Datenauswertungsstelle zu übermitteln?](#)

[Wie sind die Fristen für die Datenübertragung geregelt?](#)





Wie können Pflegeeinrichtungen ihre Daten übermitteln?

Es wird drei Möglichkeiten der Datenerfassung und -übermittlung geben, von denen die erste (Datenerfassung im Webportal der Datenauswertungsstelle) seit 1. Oktober 2019 zur Verfügung steht.

1. 1. Datenerfassung im Webportal der Datenauswertungsstelle: Die Daten werden durch die Datenauswertungsstelle bei der Erfassung gespeichert, jedoch erst nach der Freigabe durch die Pflegeeinrichtung und nach Ablauf des Ergebniserfassungszeitraums der Pflegeeinrichtung zur Auswertung herangezogen.

Die Grundlage der Optionen 2 und 3 ist die von der Datenauswertungsstelle zu veröffentlichende Spezifikation. Die Spezifikation wurde Mitte Oktober 2019 kostenfrei auf der Webseite der Datenauswertungsstelle veröffentlicht.

2. 2. Datenerfassung in externer Software und Nutzung der Uploadfunktion für die Datenübermittlung: Pflegeeinrichtungen können ihre Daten auch außerhalb des Webportals der Datenauswertungsstelle in einer externen Software erfassen, eine Exportdatei erzeugen und diese Exportdatei im Webportal der Datenauswertungsstelle hochladen. Dabei ist zu beachten, dass Daten und Formate mit der Spezifikation der Datenauswertungsstelle konform sind, damit sie von der Datenauswertungsstelle angenommen werden können.
3. 3. Datenerfassung in externer Software und Nutzung der REST-API (Webservice) für die Datenübermittlung: Diese Option wird Softwareanbietern von der Datenauswertungsstelle zur Verfügung gestellt, die ihren Kunden eine vollautomatische Lösung bieten wollen. Dabei ist ebenfalls zu beachten, dass Daten und Formate mit der Spezifikation der Datenauswertungsstelle konform sind, damit sie von der Datenauswertungsstelle angenommen werden können.

Stellt die Datenauswertungsstelle eine Erfassungssoftware für die Pflegeeinrichtungen bereit?

Wie erreiche ich das Webportal der Datenauswertungsstelle?

Welche technischen Voraussetzungen braucht eine Pflegeeinrichtung zur Übermittlung der Daten?

Brauchen Pflegeeinrichtungen eine besondere Software?

Können Softwareanbieter eigene Erfassungssoftware für Pflegeeinrichtungen bereitstellen?

Wie kann bereits vorhandene Software genutzt werden?

Wird die Bereitstellung von Erfassungssoftware mit zusätzlichen Kosten verbunden sein?

Ab wann wird es Möglichkeiten zur automatisierten Übertragung der Daten geben?

Wie werden die Ergebnisse der Indikatorenauswertung an die Pflegeeinrichtungen übermittelt?

Wird es konkrete Hinweise auf Qualitätsmängel bzw. auf Verbesserungspotenziale geben?

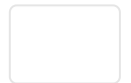
Erfolgen Auswertungen der Indikatoren auch auf Wohnbereichsebene?

Werden Daten, die bisher an die DatenClearingStelle übermittelt wurden, zukünftig ebenfalls an die Datenauswertungsstelle übermittelt?

Wie können sich die Pflegeeinrichtungen und deren Mitarbeiter auf die Erfassung vorbereiten?



Anlage (5)



Unabhängige Datenauswertungsstelle nach § 113 Abs. 1b SGB XI

FAQ

 [Für Pflegeeinrichtungen](#)

[</> Für Softwareanbieter](#)

[~ Registrierung](#)

[i Anleitungen für Pflegeeinrichtungen](#)

[Wo sind Informationen zum Gesamtverfahren zu finden?](#)

[Wer ist die Datenauswertungsstelle und was sind ihre Aufgaben?](#)

[Was ist die Aufgabe der Pflegeeinrichtung?](#)

[Wann erfolgt die Registrierung bei der Datenauswertungsstelle?](#)

[Wie und wann werden die Stichtage zur Datenübermittlung festgelegt?](#)

[Ist es für große Träger möglich, die Stichtage für alle Einrichtungen gesammelt und einheitlich festzulegen?](#)

[Welche Daten müssen erfasst und übermittelt werden?](#)

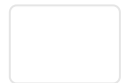
[Wozu dient die von der Datenauswertungsstelle verwendete Einrichtungs-ID?](#)

[Wie setzt sich das Pseudonym für die Bewohner zusammen?](#)

[Ab wann sind Daten an die Datenauswertungsstelle zu übermitteln?](#)

[Wie sind die Fristen für die Datenübertragung geregelt?](#)

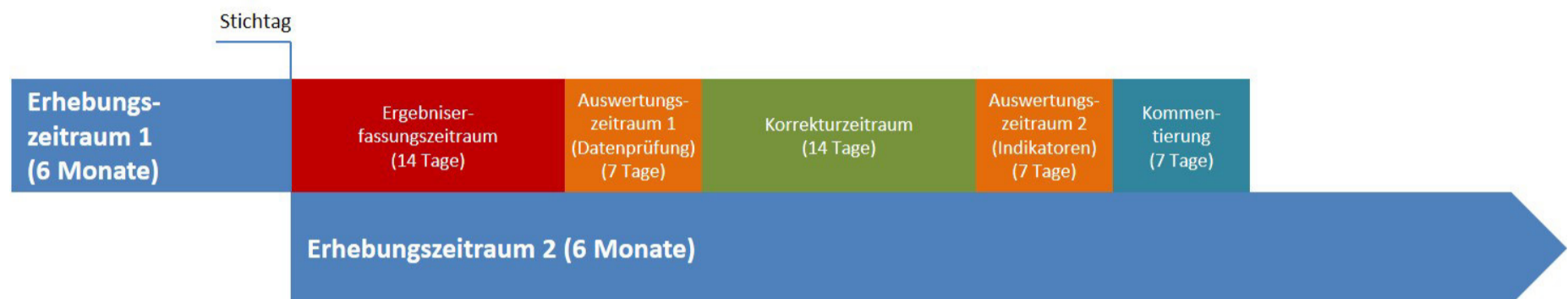




Die übrigen, vom Stichtag abhängigen Fristen, richten sich nach den Vorgaben in den *Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege* sowie deren Anlagen.

Fällt ein Stichtag oder das Fristende auf einen gesetzlichen Feiertag oder ein Wochenende, gelten die nächstfolgenden Werktage als Stichtag oder Fristablauf. Das gilt auch für die jeweiligen bundeslandspezifischen Feiertage.

Folgende Stichtage und Zeiträume gibt es:



Ergebniserfassungszeitraum: Zeitraum, in dem die Erfassung der Qualitätssicherungsdaten durch die Pflegeeinrichtung spätestens erfolgen muss. Innerhalb dieses Zeitraums ist die Erfassung abzuschließen und die Daten sind zur Auswertung durch die Datenauswertungsstelle freizugeben. Sofern die Daten nicht stichtagsbezogen sind, kann die Eingabe laufend während des Erhebungszeitraums erfolgen.

Auswertungszeitraum 1: Die Datenauswertungsstelle führt Datenprüfungen durch (statistische Plausibilitätskontrolle und Vollzähligkeitsanalyse) und meldet deren Ergebnisse an die Pflegeeinrichtung zurück. In diesem Zeitraum kann die Pflegeeinrichtung keine Daten für den zurückliegenden Erhebungszeitraum (Erhebungszeitraum 1) mehr erfassen oder ändern.

Korrekturzeitraum: Die Pflegeeinrichtung kann fehlerhafte Datensätze ergänzen bzw. fehlende Datensätze nachliefern. Nach Ende des Korrekturzeitraums können keine Änderungen oder Ergänzungen mehr vorgenommen werden.

Auswertungszeitraum 2: Die Datenauswertungsstelle berechnet die Indikatoren für die Pflegeeinrichtung und meldet diesen die entsprechenden Ergebnisse.

Kommentierung: Die Pflegeeinrichtung hat die Möglichkeit, die Ergebnisse zu kommentieren.

[Was bezeichnet der Begriff „Stichtag“?](#)

[Wie können Pflegeeinrichtungen ihre Daten übermitteln?](#)

[Stellt die Datenauswertungsstelle eine Erfassungssoftware für die Pflegeeinrichtungen bereit?](#)

[Wie erreiche ich das Webportal der Datenauswertungsstelle?](#)

[Welche technischen Voraussetzungen braucht eine Pflegeeinrichtung zur Übermittlung der Daten?](#)

[Brauchen Pflegeeinrichtungen eine besondere Software?](#)

[Können Softwareanbieter eigene Erfassungssoftware für Pflegeeinrichtungen bereitstellen?](#)

[Wie kann bereits vorhandene Software genutzt werden?](#)

[Wird die Bereitstellung von Erfassungssoftware mit zusätzlichen Kosten verbunden sein?](#)

Anlage (6)



Hinweis: Informationen zu den Auswirkungen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz auf die Indikatorerfassung finden Sie in den [FAQ für Pflegeeinrichtungen](#).

Unabhängige Datenauswertungsstelle nach § 113 Abs. 1b SGB XI

FAQ

 [Für Pflegeeinrichtungen](#)

 [Für Softwareanbieter](#)

 [Registrierung](#)

 [Anleitungen für Pflegeeinrichtungen](#)

[Wie wirkt sich das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz auf die Indikatorerfassung aus?](#)

Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz hat der Gesetzgeber die Frist für die „Erhebung ohne Veröffentlichung“ (gemäß § 114b SGB XI zur erstmaligen Übermittlung von Indikatordaten an die Datenauswertungsstelle ohne Veröffentlichung) bis zum 31. Dezember 2020 verlängert, um damit die Pflegeeinrichtungen in der aktuellen Situation zu entlasten. Pflegeeinrichtungen können daher nun bis 17. Dezember 2020 eine oder mehrere Erhebungen ohne Veröffentlichung starten und durchführen. Somit erhalten die von den Pflegeeinrichtungen im Zuge der Registrierung bei der DAS Pflege individuell festgelegten Stichtage erst ab dem 1. Januar 2021 Gültigkeit. Die erste Erhebung der Indikatordaten, die auch veröffentlicht wird, findet somit nicht im zweiten Halbjahr 2020, sondern im ersten Halbjahr 2021 statt. Pflegeeinrichtungen, deren erster regulärer Stichtag zwischen dem 1. Juli 2020 und dem 2. Oktober 2020 gelegen hätte, hatten bereits die Möglichkeit, Daten für diesen Erhebungszeitraum zu erfassen. Diese Erhebungszeiträume stehen ab sofort nicht mehr zur Verfügung. Die Daten können leider auch nicht in eine Erhebung ohne Veröffentlichung umgewandelt werden. Darüber hinaus ergeben sich keinerlei Änderungen hinsichtlich des Indikatorverfahrens. Insbesondere sind bereits durchgeführte Erhebungen ohne Veröffentlichung von der Änderung nicht betroffen.

[Wo sind Informationen zum Gesamtverfahren zu finden?](#)

[Wer ist die Datenauswertungsstelle und was sind ihre Aufgaben?](#)

[Was ist die Aufgabe der Pflegeeinrichtung?](#)

[Wann erfolgt die Registrierung bei der Datenauswertungsstelle?](#)

[Wie und wann werden die Stichtage zur Datenübermittlung festgelegt?](#)

Anlage (7)

Stand: 23.10.2019

Beschreibung der Qualitätsindikatoren

Rechenregeln

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| 1.1.1 - Erhaltene Mobilität (Risikogruppe 1)..... | 3 |
| 1.1.2 - Erhaltene Mobilität (Risikogruppe 2)..... | 8 |
| 1.2.1 - Erhaltene Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (Risikogruppe 1)..... | 13 |
| 1.2.2 - Erhaltene Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (Risikogruppe 2)..... | 19 |
| 1.3 - Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte..... | 25 |
| 2.1.1 - Dekubitusentstehung (Risikogruppe 1)..... | 30 |
| 2.1.2 - Dekubitusentstehung (Risikogruppe 2)..... | 32 |
| 2.2.1 - Stürze mit gravierenden Folgen (Risikogruppe 1)..... | 34 |
| 2.2.2 - Stürze mit gravierenden Folgen (Risikogruppe 2)..... | 37 |
| 2.3.1 - Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (Risikogruppe 1)..... | 40 |
| 2.3.2 - Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (Risikogruppe 2)..... | 44 |
| 3.1 - Integrationsgespräch nach dem Einzug..... | 48 |
| 3.2 - Anwendung von Gurten..... | 50 |
| 3.3 - Anwendung von Bettseitenteilen..... | 52 |
| 3.4 - Aktualität der Schmerzeinschätzung..... | 54 |

3.2 - Anwendung von Gurten

| Allgemein | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|-----------|-----------|-------------------------|-----------|-------------------------|-----------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|
| ID (DAS) | 38 | | | | | | | | | | |
| Präfix | 3.2 | | | | | | | | | | |
| Bezeichnung | Anwendung von Gurten bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern und Bewohnerinnen | | | | | | | | | | |
| Qualitätsziel | Bei möglichst wenigen Bewohnern und Bewohnerinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen sollen Gurtfixierungen angewendet werden. | | | | | | | | | | |
| Berechnung | | | | | | | | | | | |
| Zähler | Bewohner und Bewohnerinnen, bei denen in den 4 Wochen vor dem Erhebungstag Gurtfixierungen angewendet wurden. | | | | | | | | | | |
| Nenner | Alle Bewohner und Bewohnerinnen, die gemäß BI-Modul 2 mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen aufweisen. | | | | | | | | | | |
| Ausschlussgründe | keine | | | | | | | | | | |
| Mindestanzahl | 5 | | | | | | | | | | |
| Standardisierung gemäß QDVS | Nein | | | | | | | | | | |
| Bewertung | | | | | | | | | | | |
| Bewertungsart | Ratenbasiert | | | | | | | | | | |
| Referenzwert | ≤ 2,800 % | | | | | | | | | | |
| Schwellen- und Punktwerte | <table> <tbody> <tr> <td>≤ 0,449 %</td> <td>● ● ● ● ●</td> </tr> <tr> <td>> 0,449 % bis ≤ 2,036 %</td> <td>● ● ● ● ○</td> </tr> <tr> <td>> 2,036 % bis ≤ 3,623 %</td> <td>● ● ● ○ ○</td> </tr> <tr> <td>> 3,623 % bis ≤ 5,210 %</td> <td>● ● ○ ○ ○</td> </tr> <tr> <td>> 5,210 %</td> <td>● ○ ○ ○ ○</td> </tr> </tbody> </table> | ≤ 0,449 % | ● ● ● ● ● | > 0,449 % bis ≤ 2,036 % | ● ● ● ● ○ | > 2,036 % bis ≤ 3,623 % | ● ● ● ○ ○ | > 3,623 % bis ≤ 5,210 % | ● ● ○ ○ ○ | > 5,210 % | ● ○ ○ ○ ○ |
| ≤ 0,449 % | ● ● ● ● ● | | | | | | | | | | |
| > 0,449 % bis ≤ 2,036 % | ● ● ● ● ○ | | | | | | | | | | |
| > 2,036 % bis ≤ 3,623 % | ● ● ● ○ ○ | | | | | | | | | | |
| > 3,623 % bis ≤ 5,210 % | ● ● ○ ○ ○ | | | | | | | | | | |
| > 5,210 % | ● ○ ○ ○ ○ | | | | | | | | | | |

Verwendete Datenfelder für die Berechnung

Detaillierte Informationen zu den Datenfeldern sind der Spezifikation für die Datenerhebung zu entnehmen. Grau hinterlegte Zeilen beziehen sich auf Angaben des vorherigen Erhebungszeitraums.

| Nr. | Bezeichnung | Schlüssel |
|-----|--|---|
| 30 | Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld <i>KKFERKENNEN</i> | 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden |
| 31 | Örtliche Orientierung <i>KKFORIENTOERTLICH</i> | 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden |
| 32 | Zeitliche Orientierung <i>KKFORIENTZEITLICH</i> | 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden |

Anlage (8)

Wer wir sind

Die Bundesarbeitsgemeinschaft ist ein Zusammenschluss der 23 überörtlichen Träger der Sozialhilfe (SGB XII) und der Eingliederungshilfe (SGB IX) in Deutschland.

Je nach Landesrecht sind dies entweder die Bundesländer selbst oder höhere Kommunalverbände wie etwa die Landschaftsverbände Westfalen-Lippe (LWL) und Rheinland (LVR), der Landeswohlfahrtsverband Hessen oder der Kommunale Sozialverband Sachsen.

Welchen Zweck verfolgen wir?

Zweck der BAGüS sind Zusammenarbeit und Austausch in organisatorischen, fachlichen und fiskalischen Fragen mit dem Ziel

zu weitestgehend einheitlicher Rechtsanwendung, wirksamer Gestaltung der Leistungen für Menschen in besonderen Lebenslagen, zu effektivem Verwaltungshandeln sowie zur Weiterentwicklung lebensnaher und praxisgerechter rechtlicher Regelungen beizutragen.

Zweck der BAGüS ist auch die Mitarbeit in anderen Institutionen und die Öffentlichkeitsarbeit.

Die BAGüS vertritt die Interessen der Mitglieder gegenüber der Bundesregierung und nimmt die ihr nach Gesetz übertragenen Aufgaben wahr.

Anlage (9)

Spahn: „Machen Medizinische Dienste effektiver, glaubwürdiger und handlungsfähiger.“

Bundestag beschließt MDK-Reformgesetz

Berlin, 7. November 2019

Der Medizinische Dienst wird künftig organisatorisch von den Krankenkassen gelöst und ist als unabhängige Körperschaft des öffentlichen Rechts ausgestaltet. Zudem wird die Prüfung der Krankenhausabrechnung einheitlicher und transparenter gestaltet. Strittige Kodier- und Abrechnungsfragen sollen systematisch vermindert werden. Das sind Ziele des „Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz“, über das der Deutsche Bundestag heute in 2./3. Lesung entscheidet.

Das Gesetz soll am 1. Januar 2020 in Kraft treten. Es bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn: „Die Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass die Medizinischen Dienste neutral prüfen und handeln. Um effektiv, glaubwürdig und handlungsfähig zu bleiben, wird der Medizinische Dienst deshalb von den Krankenkassen losgelöst und eigenständig organisiert. Damit führen wir eine über zwanzig Jahre währende Debatte zur Unabhängigkeit des medizinischen Dienstes endlich zu einer Entscheidung. Auch bei den Krankenhausabrechnungen sorgen wir für mehr Transparenz. Gezielte Prüfungen lassen mehr Zeit für eine gute Versorgung.“

Organisationsreform MDK

- Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) stellen künftig keine Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mehr dar, sondern werden als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts einheitlich unter der Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ (MD (Medizinischer Dienst)) geführt.
- Auch der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen)) wird vom GKV-Spitzenverband organisatorisch gelöst und erhält die Kompetenz zum Erlass der Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste.
- Die Besetzung der Verwaltungsräte der MD wird neu geregelt. Künftig werden auch Vertreter der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen und der Verbraucher sowie der Ärzteschaft und der Pflegeberufe im Verwaltungsrat vertreten sein.




Social



Kontakt

Anlage (10)

Bundesland wählen... ▾

 [Mitglieder Login \(login\)](#)**Unsere Erreichbarkeit:**

Mo – Do 09 - 17:00 Uhr

Freitag 09 - 13:00 Uhr

Tel.: 0201.354001 (tel: 0201354001).**Notfalltelefon:**0170-9082999 (tel:0170-9082999)

.)

Der bad-Bundesverband in der Pflege

Der Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e. V. mit Hauptsitz in Essen wurde 1988 gegründet und ist seitdem zu einem der bedeutendsten Verbände in der Pflegebranche herangewachsen. Rund 1.000 zumeist privat geführte Pflegedienste und Heime vertrauen heute unseren Leistungen und nutzen unser starkes Netzwerk.

Der bad e. V. ist allen Bundesländern vertreten. Dort handeln wir u. a. Vergütungsbedingungen für Pflegedienste und Pflegesätze für Heime aus. Zudem müssen die Landesorganisationen zu geplanten Landesgesetzen und -vorschriften angehört werden. Diese haben seit der Föderalismusreform 2008 im Pflegebereich erheblich an Bedeutung gewonnen.

Als Interessenvertretung unserer Mitglieder werden wir auch auf Bundesebene zu Änderungen pflegerelevanter Gesetze angehört.

Wir vertreten unsere Mitglieder in Gremien und Verhandlungen

- zu Personalbemessungsverfahren,
- zu Qualitätsrichtlinien,
- in Landespflegeausschüssen,
- in Pflegesatzkommissionen und
- in Schiedsstellen.

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.

Zweigertstr. 50, 45130 Essen

Tel.: 02 01-35 40 01 | Fax: 02 01-35 79 80 | E-Mail: info@bad-ev.de (<mailto:info@bad-ev.de>)[Kontakt \(kontakt\)](#) | [Impressum \(impressum\)](#) | [Datenschutz \(datenschutz\)](#)

Über den bad

Anlage (11)

Mitglieder

Private ambulante und stationäre Einrichtungen

Als Zusammenschluss privater ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen wurde der bpa 1964 gegründet. Heute repräsentiert er als Trägerverband bzw. berufsständische Vertretung auf der Bundes- und Landesebene:

Alten- und Pflegeheime
 ambulante Pflegedienste
 Tages- / Nacht- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen
 Einrichtungen für Menschen mit Behinderung
 Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe
 Sozialdienstleistungsbetriebe

in privater Trägerschaft.

Mehr als jede dritte Einrichtung ist Mitglied

Mit rund 5.600 Pflegediensten, die ca. 255.000 Patienten betreuen, und 5.400 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 330.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit.

Die Mehrzahl der Mitglieder sind typische mittelständische Unternehmen, ob als Pflegedienst mit 12 Mitarbeitern oder als Pflegeheim mit 70 Plätzen. Insgesamt tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 335.000 Arbeitsplätze und ca. 25.000 Ausbildungsplätze.

Einsatzstelle für Freiwilligendienste

Als anerkannter Träger des Freiwilligen Sozialen Jahres (FSJ) kann der bpa in den meisten Bundesländern vielen jungen Menschen ein soziales Bildungs- und Orientierungsjahr über den gemeinnützigen Träger bpa plus gGmbH anbieten. Daneben haben bpa-Mitgliedseinrichtungen die Möglichkeit, sich als Einsatzstelle für den Bundesfreiwilligendienst (BFD) registrieren zu lassen und Bundesfreiwillige bei sich zu beschäftigen. Nähere Informationen zu beiden Diensten erhalten Sie [hier](#).

Die Idee, die hinter beiden Diensten steht, ist ein „gegenseitiges Nehmen und Geben“: Während junge Menschen die Chance haben, sich sozial zu engagieren und neue, interessante und zukunftsfähige Berufsfelder im sozialen Bereich kennenzulernen, können die Einrichtungen geeignete Nachwuchskräfte bzw. zusätzliches Betreuungspersonal für sich interessieren.



Anlage (12)

bpa-Arbeitshilfe

Datenauswertungsstelle nach § 113 Abs. 1 SGB XI

(Stand: Juni 2019)

Ab 1. Oktober 2019 sind die stationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet, Indikatoren zur Ergebnisqualität zu erheben und an die sog. Datenauswertungsstelle (DAS) weiterzuleiten. Der Qualitätsausschuss Pflege (www.gs-qa-pflege.de) hat im Februar 2019 nach Durchführung eines europaweiten Ausschreibungsverfahrens das aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH in Göttingen (www.aqua-institut.de) als Datenauswertungsstelle für das neue stationäre Prüfverfahren zur Erfassung der Ergebnisqualität beauftragt. Die DAS als unabhängige Institution nimmt die indikatorbezogenen Daten der Pflegeeinrichtungen entgegen (siehe Anlage 3 der *Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege*). Die DAS führt Prüfungen auf Fehler, statistische Plausibilitäten und zur Vollständigkeit der Datensätze durch. Anschließend erstellt sie die Feedbackberichte für jede Pflegeeinrichtung, stellt sie diesen zur Verfügung und leitet die Ergebnisse an die Landesverbände der Pflegekassen, an die Prüfdienste und an die DatenClearingStelle (DCS) weiter.

Die bisherigen Aufgaben der DatenClearingStelle (Abstimmung der Transparenzberichte auf Landesebene zwischen den Pflegekassen, dem MDK/PKV-Prüfdienst und den Pflegeeinrichtungen, Übermittlung der Transparenzberichte an die Veröffentlichungsplattformen der Kassenarten) bleiben davon unberührt.

Aufgaben der Pflegeeinrichtung

Die Pflegeeinrichtungen erhalten von der Datenauswertungsstelle per Post eine Aufforderung, sich bei der Datenauswertungsstelle zu registrieren und einrichtungsindividuelle Stichtage zur Datenlieferung auszuwählen und festzulegen. Das genaue Prozedere wird im Aufforderungsschreiben erläutert.

Alle sechs Monate sind die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, die Daten der vergangenen sechs Monate zu übermitteln. Je nach Indikator kann die Erfassung in den sechs Monaten ggf. laufend durchgeführt werden. Die Pflegeeinrichtungen vervollständigen die Daten innerhalb von 14 Tagen nach den individuellen Stichtagen und geben dann ihre Datensätze zur Auswertung frei.

Nach den Prüfungen (feldbezogene und feldübergreifende Prüfungen, statistische Plausibilitätsprüfungen) durch die Datenauswertungsstelle kann eine Einrichtung ggf. zur Korrektur von Datensätzen aufgefordert werden bzw. zur Bestätigung, dass auffällige Datensätze korrekt erfasst und übermittelt wurden.

Registrierung

Die Pflegeeinrichtungen müssen sich zwischen Juli und September 2019 bei der Datenauswertungsstelle durch die erstmalige Anmeldung registrieren und einen Administrator benennen. Alle den Landesverbänden der Pflegekassen bzw. der DatenClearingStelle bekannten Pflegeeinrichtungen werden vor Beginn des Registrierungszeitraums von der Datenauswertungsstelle angeschrieben und über das weitere Vorgehen informiert. **Die Registrierung ist ab dem 15.07.2019, 12 .00 Uhr möglich.**

Festlegung der Stichtage zur Datenübermittlung

Die Datenauswertungsstelle wird die Pflegeeinrichtungen Ende Juni/Anfang Juli 2019 postalisch über die Registrierung im Webportal der Datenauswertungsstelle informieren.

Im Zuge der Registrierung legen die Pflegeeinrichtungen ihren individuellen Stichtag mit Hilfe eines sog. Date Pickers fest, der die freien Stichtage anzeigt. Mit der Bestätigung durch die Pflegeeinrichtung sind die Stichtage dann unveränderlich festgelegt, der Prozess der Stichtagsauswahl ist abgeschlossen.

Ein einmal festgelegter Stichtag ist verbindlich und später nicht mehr änderbar. Die Stichtage gelten ab dem 01.07.2020. Innerhalb des Erprobungszeitraumes (01.10.2019 bis 30.06.2020) gelten die Stichtage noch nicht.

Der zweite Stichtag und alle weiteren Fristen für die Datenübertragung und die Auswertung berechnen sich jeweils automatisch aus dem ersten Stichtag. Alle Fristen und Stichtage werden der Pflegeeinrichtung im Webportal angezeigt und als Erinnerungs-E-Mail übermittelt.

Datenerfassung und –übermittlung

Die zu erfassenden Daten sind in den *Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege* beschrieben.

Die Datenerfassung im Webportal der Datenauswertungsstelle setzt diese Vorgaben für die Pflegeeinrichtungen vollständig um, unvollständige und/oder fehlerhafte Datensätze können nicht abgeschlossen und übermittelt werden, sodass die Pflegeeinrichtung anhand der Fehlermeldungen in jedem Fall weiß, welche Daten erhoben werden müssen.

Für Daten, die mit Hilfe von Software unabhängig vom Webportal der Datenauswertungsstelle erfasst und übermittelt werden, sind von den Softwareanbietern identische Vorgaben zu implementieren, die in der zu veröffentlichenden Spezifikation beschrieben werden. Den EDV-Anbietern wird vorab eine sichere Testumgebung zur Verfügung gestellt, damit die Datenübermittlung reibungslos funktionieren kann.

Fristen

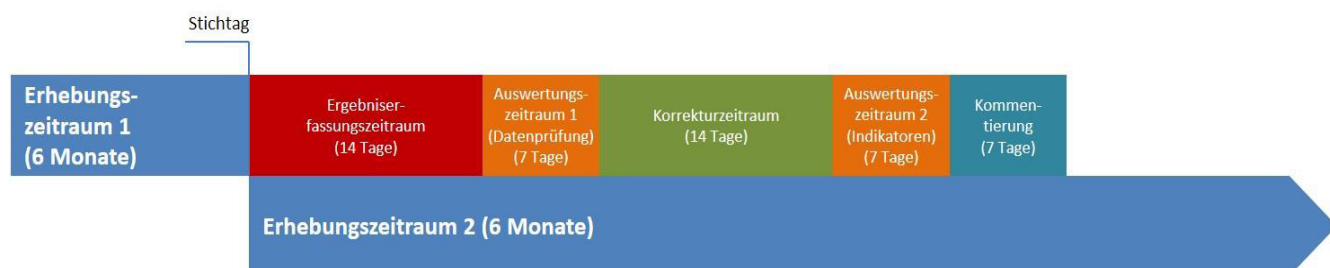
Alle zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen sind gemäß § 114b SGB XI verpflichtet, ab 1. Oktober 2019 bis zum 30. Juni 2020 (Erprobungszeitraum) einmal und ab 1. Juli 2020 halbjährlich zu einem bestimmten Stichtag indikatorenbezogene Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im vollstationären Bereich zu erheben und an die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zu übermitteln.

Jede Pflegeeinrichtung soll bei der erstmaligen Registrierung einen Stichtag im Webportal auswählen und bestätigen. Das Portal berechnet automatisch den zweiten Stichtag. Diese beiden Stichtage (gültig ab dem 01.07.2020) bleiben für die Pflegeeinrichtung für die Zukunft verbindlich und sind nicht mehr änderbar. Die übrigen, vom Stichtag abhängigen Fristen, richten sich nach den Vorgaben in den *Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die*

Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege sowie deren Anlagen.

Fallen Stichtage oder Fristenden auf einen gesetzlichen Feiertag oder ein Wochenende, gelten die nächstfolgenden Werkstage als Stichtag oder Fristablauf. Dabei werden auch bundeslandspezifische Feiertage berücksichtigt.

Stichtage und Zeiträume



Ergebniserfassungszeitraum

Zeitraum, in dem die Erfassung der Qualitätssicherungsdaten durch eine Pflegeeinrichtung spätestens erfolgen muss. Innerhalb dieses Zeitraums ist die Erfassung abzuschließen und die Daten sind an die Datenauswertungsstelle zu übermitteln.

Auswertungszeitraum 1

Die Datenauswertungsstelle führt Datenprüfungen durch und meldet deren Ergebnisse an die Pflegeeinrichtung zurück. In diesem Zeitraum kann die Pflegeeinrichtung keine Daten für den zurückliegenden Erhebungszeitraum (Erhebungszeitraum 1) mehr erfassen oder ändern.

Korrekturzeitraum

Die Pflegeeinrichtung kann fehlerhafte Datensätze ergänzen bzw. fehlende Datensätze nachliefern. Nach Ende des Korrekturzeitraums können keine Änderungen oder Ergänzungen mehr vorgenommen werden.

Auswertungszeitraum 2

Die Datenauswertungsstelle berechnet die Qualitätsindikatoren für die Pflegeeinrichtung und meldet diesen die entsprechenden Ergebnisse.

Kommentierung

Die Pflegeeinrichtung hat die Möglichkeit, die Ergebnisse zu kommentieren.

Möglichkeiten der Datenübermittlung

Es wird drei Möglichkeiten der Datenerfassung und -übermittlung geben. Die erste (Datenerfassung im Webportal der Datenauswertungsstelle) steht ab dem 1. September 2019 zur Verfügung.

1. Datenerfassung im Webportal der Datenauswertungsstelle

Die Datenauswertungsstelle stellt den Pflegeeinrichtungen ab 1. September 2019 ein Webportal zur Datenerfassung bereit. Das Webportal wird über die Internetadressen www.das-pflege.de und www.datenauswertungsstelle-pflege.de erreichbar sein. Die Pflegeeinrichtungen werden mit dem Schreiben zur Registrierung darüber informiert, ab wann dies der Fall sein wird.

Die Daten werden durch die Datenauswertungsstelle bei der Erfassung gespeichert, jedoch erst nach der Freigabe durch die Pflegeeinrichtung und nach Ablauf des Erfassungszeitraums der Pflegeeinrichtung zur Auswertung herangezogen.

Die Grundlage der Optionen 2 und 3 ist die von der Datenauswertungsstelle zu veröffentlichende Spezifikation. Die Spezifikation wird voraussichtlich im September 2019 kostenfrei auf der Webseite der Datenauswertungsstelle veröffentlicht. Alle Pflegeeinrichtungen werden von der Datenauswertungsstelle benachrichtigt, sobald die Spezifikation veröffentlicht wird.

2. Datenerfassung in externer Software und Nutzung der Uploadfunktion für die Datenübermittlung

Pflegeeinrichtungen können ihre Daten auch außerhalb des Webportals der Datenauswertungsstelle in einer externen Software erfassen, eine Exportdatei erzeugen und diese Exportdatei im Webportal der Datenauswertungsstelle hochladen. Dabei ist zu beachten, dass Daten und Formate mit der Spezifikation der Datenauswertungsstelle konform sind, damit sie von der Datenauswertungsstelle angenommen werden können.

3. Datenerfassung in externer Software und Nutzung der REST-API (Webservice) für die Datenübermittlung

Diese Option wird Softwareanbietern von der Datenauswertungsstelle zur Verfügung gestellt, die ihren Kunden eine vollautomatische Lösung bieten wollen. Dabei ist ebenfalls zu beachten, dass Daten und Formate mit der Spezifikation der Datenauswertungsstelle konform sind, damit sie von der Datenauswertungsstelle angenommen werden können.

Technische Voraussetzungen

Zur Nutzung des Webportals der Datenauswertungsstelle sind mindestens ein internetfähiger Rechner mit einer aktuellen Browserversion und ein Internetanschluss notwendig.

Zur Nutzung der REST-API (Webservice) der Datenauswertungsstelle sind die Voraussetzungen mit dem jeweiligen Softwareanbieter zu klären.

Keine Software nötig

Die Datenauswertungsstelle wird dauerhaft die Möglichkeit der Datenerfassung und -übertragung über das Webportal anbieten.

Pflegeeinrichtungen können sich nach Veröffentlichung der Spezifikation durch die Datenauswertungsstelle an ihren Softwareanbieter wenden, um die Optionen Uploadfunktion bzw. REST-API (Webservice) der Datenauswertungsstelle zu nutzen, müssen dies aber nicht.

Grundsätzlich können Softwareanbieter eine eigene Erfassungssoftware für ihre Kunden anbieten. Verbindliche Grundlage dafür ist die Spezifikation, die voraussichtlich im September 2019 von der Datenauswertungsstelle veröffentlicht werden wird. Softwareanbieter sind in der Gestaltung ihrer Softwareprodukte frei, haben allerdings bei der Umsetzung zwingend die Vorgaben der Spezifikation (beispielsweise Datensatzbeschreibung, Datenprüfung und -übermittlung) zu beachten.

Nutzung bereits vorhandener Software

Für Fragen hinsichtlich der Nutzung bereits vorhandener Softwareprodukte für den vorliegenden Zweck wenden Sie sich bitte an Ihren Softwarehersteller. Die Services der Datenauswertungsstelle, insbesondere der Datenerfassung über das Webportal bzw. die Datenübermittlung über die Uploadfunktion oder die Schnittstelle REST-API (Webservice) sind kostenfrei. Für Fragen zu Kosten, die durch die Nutzung von Produkten von Softwareanbietern für die Datenerfassung und -übermittlung entstehen, wenden Sie sich bitte an Ihren Softwareanbieter.

Übermittlung der Ergebnisse der Indikatorenauswertung an die Pflegeeinrichtungen

Bei Nutzung des Webportals (Datenerfassung oder Upload) werden die Ergebnisse der Indikatorenauswertung als Feedbackbericht im PDF-Format bereitgestellt.

Erfolgt die Datenübermittlung über die REST-API (Webservice), werden die Ergebnisse an die REST-API (Webservice) übergeben und müssen durch die Software eines Softwareanbieters an die Pflegeeinrichtung übermittelt werden.

Vorbereitung auf die Datenerfassung, Schulungen

Die Datenauswertungsstelle wird voraussichtlich im September 2019 ein Handbuch und ein Schulungsvideo für die technischen Aspekte der Datenerfassung und -übermittlung via Webportal zur Verfügung stellen.

Bei Fragen zur Nutzung externer Erfassungssoftware wenden Sie sich bitte an Ihren Softwarehersteller. Für inhaltliche Aspekte der Datenerfassung steht Ihnen der bpa zur Verfügung.

Testung der Datenerfassung

Der Gesetzgeber räumt allen Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit ein, bis zum 30. Juni 2020 einmalig Daten zu liefern, die ausgewertet, aber nicht veröffentlicht werden (Erprobungszeitraum).

Darüber hinaus können Pflegeeinrichtungen nach erfolgter Registrierung bereits Daten im Webportal erfassen. Diese werden zwar von der Datenauswertungsstelle gespeichert, allerdings erst nach expliziter Freigabe durch die verantwortliche Person der Pflegeeinrichtung zur Auswertung herangezogen.

Für Softwareanbieter wird es Teststrecken für die Übertragung via Uploadverfahren und REST-API (Webservice) geben. Die entsprechenden Beschreibungen sind Bestandteil der Spezifikation.

Zuständigkeiten

Erfolgt die Datenerfassung über das Webportal der Datenauswertungsstelle, so ist die Datenauswertungsstelle für technische Fragen zuständig.

Erfolgt die Datenerfassung und -übermittlung über das Produkt eines Softwareanbieters, so ist der Softwareanbieter für technische Fragen zuständig.

Für technische Fragen von Softwareanbietern ist die Datenauswertungsstelle zuständig.

Für die Beantwortung pflegfachlicher, inhaltlicher Fragen sind ausschließlich die Trägerverbände zuständig.

Datenschutzrechtliche Vorkehrungen

Die Rechtsgrundlage der Datenübermittlung bilden die Vorschriften des SGB XI und die darauf basierenden *Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege* und deren Anlagen des Qualitätsausschusses Pflege.

Die Pflegeeinrichtungen versehen die Datensätze ihrer Bewohner mit einer einrichtungsindividuellen ID, die nur der Einrichtung bekannt ist. Die Liste dieser IDs verbleibt zu jeder Zeit in der Obhut der Pflegeeinrichtung. Personenbezogene Daten wie z.B. Versichertennummer oder Name sind nicht Bestandteil der Datenübermittlung. Die Datenauswertungsstelle erhält also nur die für sie anonymisierten Daten von den Pflegeeinrichtungen.

Die Datenverarbeitung erfolgt in einem deutschen Rechenzentrum, das über eine ISO 27001-Zertifizierung auf Basis von IT-Grundschutz verfügt. Zugriff auf die Daten innerhalb der Datenauswertungsstelle haben ausschließlich die mit den Aufgaben der Datenauswertungsstelle betrauten Mitarbeiter der aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH.

Der Qualitätsausschuss Pflege als Auftraggeber legt das Datenschutzkonzept der Datenauswertungsstelle dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vor.

Anlage (13)

Newsletter der DCS–Pflege – Monat September 2019 –

Die DatenClearingStelle (DCS) Pflege ist ein bundesweites Gemeinschaftsprojekt der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene und sichert die Veröffentlichung der Pflegenoten im Rahmen des Pflege–Transparenzverfahrens.

Mit Hilfe des Newsletters der DCS–Pflege werden monatlich aktuelle Statistiken über den Stand der durchschnittlichen Bereichs– und Gesamtnoten auf Bundes– und Landesebene für den ambulanten und stationären Pflegebereich veröffentlicht.

Die Datenbasis bilden die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.. Die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt auf Grundlage der Pflege–Transparenzvereinbarungen ambulant (PTVA) und stationär (PTVS).

Die Landesdurchschnittsnote werden angezeigt, sobald mindestens 20 Prozent der Einrichtungen pro Bundesland geprüft wurden.

Stand: 02.09.2019

Durchschnittsnoten der geprüften Einrichtungen im bundesweiten Vergleich
aufgrund der ab dem 1. Januar 2017 gültigen Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV)

Ambulante Pflegedienste

| Bereiche | Bundesdurchschnitt* |
|---|---------------------|
| Pflegerische Leistungen | 1,5 |
| Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen | 1,6 |
| Dienstleistung und Organisation | 1,2 |
| Gesamtergebnis | 1,3 |
| Befragung der pflegebedürftigen Menschen | 1,0 |

Stationäre Pflegeeinrichtungen

| Bereiche | Bundesdurchschnitt* |
|---|---------------------|
| Pflege und medizinische Versorgung | 1,5 |
| Umgang mit demenzkranken Bewohnern | 1,1 |
| Betreuung und Alltagsgestaltung | 1,1 |
| Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene | 1,0 |
| Gesamtergebnis | 1,2 |
| Befragung der Bewohner | 1,1 |

* Einbezogen sind die Ergebnisse der in den letzten 12 Monaten geprüften Pflegedienste/Pflegeeinrichtungen

**Durchschnittsnoten der ambulanten Pflegedienste im Landesvergleich
aufgrund der ab dem 1. Januar 2017 gültigen PTVA**

| | | Noten (Mittelwert) nach Versorgungsbereichen | | | | |
|------------------------|--------------------------------|--|---|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| | | Versorgungsbereiche | | | | |
| Region | Anzahl geprüfte Pflegedienste* | Pflegerische Leistungen | Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen | Dienstleistung und Organisation | Gesamtergebnis (ohne Kundenbefragung) | Befragung der pflegebedürftigen Menschen |
| Bund | 14235 | 1,5 | 1,6 | 1,2 | 1,3 | 1,0 |
| Baden-Württemberg | 1570 | 1,3 | 1,4 | 1,2 | 1,2 | 1,1 |
| Bayern | 1982 | 1,5 | 1,7 | 1,2 | 1,3 | 1,0 |
| Berlin | 636 | 1,2 | 1,4 | 1,1 | 1,1 | 1,1 |
| Brandenburg | 720 | 1,1 | 1,5 | 1,1 | 1,1 | 1,0 |
| Bremen | 91 | 1,4 | 2,0 | 1,1 | 1,3 | 1,1 |
| Hamburg | 406 | 1,6 | 1,7 | 1,1 | 1,4 | 1,1 |
| Hessen | 1269 | 1,5 | 1,5 | 1,2 | 1,3 | 1,0 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 603 | 1,3 | 1,5 | 1,1 | 1,2 | 1,0 |
| Niedersachsen | 1176 | 1,4 | 1,4 | 1,2 | 1,2 | 1,1 |
| Nordrhein-Westfalen | 2909 | 1,9 | 1,8 | 1,4 | 1,6 | 1,1 |
| Rheinland-Pfalz | 413 | 1,7 | 1,8 | 1,2 | 1,5 | 1,0 |
| Saarland | 131 | 1,2 | 1,2 | 1,0 | 1,1 | 1,0 |
| Sachsen | 975 | 1,5 | 1,9 | 1,2 | 1,4 | 1,0 |
| Sachsen-Anhalt | 590 | 1,6 | 1,8 | 1,1 | 1,4 | 1,0 |
| Schleswig-Holstein | 506 | 1,7 | 1,5 | 1,2 | 1,4 | 1,1 |
| Thüringen | 258 | 2,1 | 2,1 | 1,2 | 1,8 | 1,0 |

* Einbezogen ist die Anzahl der in den letzten 12 Monaten geprüften Pflegedienste.

**Durchschnittsnoten der stationären Pflegeeinrichtungen im Landesvergleich
aufgrund der ab dem 1. Januar 2017 gültigen PTVS**

| | | Noten (Mittelwert) nach Versorgungsbereichen | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|---|---|------------------------------|
| | | Versorgungsbereiche | | | | Gesamt- ergebnis (ohne Bewohner- Befragung) | Befragung der Bewohner |
| Region | Anzahl geprüfte Pflege- einrich- tungen* | Pflege und medizin. Versorgung | Umgang mit demenz- kranken Bewohnern | Betreuung und Alltags- gestaltung | Wohnen, Verpflegung, Hauswirtsch., Hygiene | | |
| Bund | 11 406 | 1,5 | 1,1 | 1,1 | 1,0 | 1,2 | 1,1 |
| Baden-Württemberg | 1 545 | 1,4 | 1,2 | 1,1 | 1,0 | 1,2 | 1,2 |
| Bayern | 1 879 | 1,7 | 1,2 | 1,0 | 1,0 | 1,3 | 1,1 |
| Berlin | 310 | 1,3 | 1,0 | 1,1 | 1,0 | 1,1 | 1,1 |
| Brandenburg | 384 | 1,3 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,1 | 1,1 |
| Bremen | 147 | 1,8 | 1,1 | 1,1 | 1,0 | 1,3 | 1,2 |
| Hamburg | 160 | 1,6 | 1,1 | 1,1 | 1,0 | 1,2 | 1,2 |
| Hessen | 815 | 1,5 | 1,1 | 1,1 | 1,0 | 1,2 | 1,1 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 233 | 1,4 | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 1,0 |
| Niedersachsen | 1 332 | 1,6 | 1,1 | 1,1 | 1,0 | 1,2 | 1,2 |
| Nordrhein-Westfalen | 1 717 | 1,5 | 1,1 | 1,1 | 1,0 | 1,2 | 1,1 |
| Rheinland-Pfalz | 469 | 1,8 | 1,1 | 1,0 | 1,0 | 1,4 | 1,1 |
| Saarland | 150 | 1,3 | 1,1 | 1,0 | 1,1 | 1,1 | 1,1 |
| Sachsen | 716 | 1,4 | 1,1 | 1,1 | 1,0 | 1,2 | 1,1 |
| Sachsen-Anhalt | 571 | 1,7 | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 1,3 | 1,1 |
| Schleswig-Holstein | 638 | 1,8 | 1,2 | 1,1 | 1,0 | 1,4 | 1,2 |
| Thüringen | 340 | 1,7 | 1,2 | 1,1 | 1,0 | 1,3 | 1,1 |

* Einbezogen ist die Anzahl der in den letzten 12 Monaten geprüften Pflegeeinrichtungen.

Anlage (14)

SUCHE: 

MITGLIED WERDEN | KONTAKT | JOBS | SHOP | ENGLISCH


[Home](#) [Über uns](#) [Themen](#) [Veröffentlichungen](#) [Bildungsangebote](#) [Expertengruppen](#)
[Presse](#)
[Ziele](#) [Aufgaben](#) [Leistungen](#) [Struktur](#) [Netzwerk](#) [Bundesverband](#) [Region Nordwest](#) [Region Nordost](#)
[Region Südwest](#) [Region Südost](#) [Karriere im DBfK](#)

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK

Das sind wir

Der DBfK ist die berufliche Interessenvertretung der Gesundheits- und Krankenpflege, der Altenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Der DBfK ist deutsches Mitglied im International Council of Nurses (ICN) und Gründungsmitglied des Deutschen Pflegerates (DPR).

Was ist ein Berufsverband?

Ein Berufsverband ist eine freie und unabhängige Interessenvertretung, deren Mitglieder Angehörige desselben Berufes oder nahe verwandter Berufe sind. Berufsverbände arbeiten mit dem Ziel, durch Bündelung der Interessen möglichst vieler Berufsangehöriger diese Interessen gegenüber den Vertragspartnern der Berufsausübenden (z. B. Arbeitgeber, Auftraggeber, öffentliche Hand, Gesetzgeber) und der Öffentlichkeit allgemein besser und wirkungsvoller durchzusetzen.

Diese Webseite nutzt externe Komponenten, wie z.B. Schriftarten, Karten, Videos oder Analysewerkzeuge, welche alle dazu genutzt werden können, Daten über Ihr Verhalten zu sammeln. Weitere Informationen zu den von uns verwendeten Diensten und zum Widerruf finden Sie in unseren [Datenschutzbestimmungen](#). Ihre Einwilligung dazu ist freiwillig, für die Nutzung der Webseite nicht notwendig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

[Analyse akzeptieren](#)[Externe Komponenten akzeptieren](#)[Alle Cookies ablehnen](#)[Alle Cookies akzeptieren](#)

Anlage (15)

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Zu übergreifenden kommunalen Themen beziehen der Deutsche Landkreistag, der Deutsche Städtetag und der Deutsche Städte- und Gemeindebund gemeinsam Stellung und firmieren dabei als Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände.

Der Vorsitz wechselt jährlich. Er liegt in den jeweiligen Jahren bei den folgenden Verbänden:

2020: Deutscher Landkreistag

2021: Deutscher Städte- und Gemeindebund




2022: Deutscher Städtetag

Anlage (16)

Anzeige

[Startseite](#) > [Wörterbuch](#) > [Interview](#)

Interview, das

99   Wortart [INFO](#)**Substantiv, Neutrum**Häufigkeit [INFO](#)

Anzeige

Rechtschreibung [INFO](#)

Worttrennung

In|ter|view

Bedeutungen (2) [INFO](#)

1. von einem **Berichterstatter von Presse, Rundfunk oder Fernsehen mit einer meist bekannten Persönlichkeit geführtes Gespräch, in dem diese**

sich zu gezielten, aktuelle [politische] Themen oder die eigene Person betreffenden Fragen äußert

BEISPIELE

- ein Interview geben, gewähren, lesen
- ein Interview mit jemandem führen, machen
- sie hat diesen Sachverhalt in ihrem letzten Interview noch einmal bestätigt

2. a) **gezielte Befragung (von ausgewählten Personen) zu statistischen Zwecken**

b) **zu Zwecken der Anamnese und Diagnose durchgeführte methodische Befragung des Patienten**

Gebrauch

Medizin, Psychologie

Anzeige

Synonyme zu *Interview* [INFO](#)

- Dialog, Gespräch, Unterredung, Wortwechsel; (gehoben) Zwiesprache; (Jargon) Talk
- demoskopische Untersuchung, Erhebung, Umfrage; (Soziologie) Befragung

Herkunft [INFO](#)

englisch interview < französisch entrevue = verabredete Zusammenkunft

Grammatik [INFO](#)

Anlage (17)

Rechtschreibung [INFO](#)

Worttrennung

Qua|li|tät

Beispiel

erste, zweite, mittlere Qualität

Bedeutungen (4) [INFO](#)

1. a) **Gesamtheit der charakteristischen Eigenschaften (einer Sache, Person); Beschaffenheit**

Gebrauch

bildungssprachlich

BEISPIEL

- der Skandal erreichte eine neue Qualität

-
- b) **Klangfarbe eines Lauts (im Unterschied zur Quantität 2a)**

Gebrauch

Sprachwissenschaft

BEISPIEL

- offenes und geschlossenes o sind Laute verschiedener Qualitäten

Anlage (18)

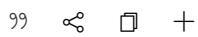
Stichwort



Anzeige

Startseite > Wörterbuch > Selbstständigkeit

Selbstständigkeit, Selbständigkeit, die

Wortart [INFO](#)**Substantiv, feminin**Häufigkeit [INFO](#)

Anzeige

**Rechtschreibung** [INFO](#)

Von Duden empfohlene Schreibung

Selbstständigkeit

Alternative Schreibung

Selbständigkeit

Worttrennung

Selbst|stän|dig|keit, Selb|stän|dig|keit

Bedeutungen (3) [INFO](#)

a) **selbstständige (a) Art; Eigenständigkeit**

Grammatik

Plural selten

BEISPIEL

- die Kinder zur Selbstständigkeit erziehen
-

b) **das Selbstständigsein (b); Unabhängigkeit (1)**

Grammatik

Plural selten

BEISPIEL

- seine Selbstständigkeit wahren, erringen
-

c) **Existenz als Selbstständige, als Selbstständiger**

Anzeige

Synonyme zu **Selbstständigkeit** [INFO](#)

- Alleingang, Eigeninitiative, Eigenmächtigkeit, Eigenverantwortlichkeit, Selbstverantwortlichkeit
- Eigenständigkeit, Emanzipation, Erwachsensein, Freiheit, Mündigkeit, Reife, Unabhängigkeit, Ungebundenheit; (Politik, Soziologie) Selbstbestimmung
- Autarkie, Eigenstaatlichkeit, Selbstverwaltung, Souveränität; (bildungssprachlich) Autonomie
- Freiberuflichkeit, Unternehmertum

Grammatik [INFO](#)

Anlage (19)

Anzeige

[Startseite](#) > [Wörterbuch](#) > [TÜV](#)

TÜV[®], der

☞ 🔗 📄 +

Wortart [INFO](#)**Substantiv, maskulin**Häufigkeit [INFO](#)

Anzeige

Rechtschreibung [INFO](#)

Worttrennung

TÜV

Bedeutung [INFO](#)

Institution, die u. a. die vorgeschriebenen regelmäßigen technischen Überprüfungen von Kraftfahrzeugen vornimmt

BEISPIELE

- einen Wagen durch den TÜV, über den TÜV bringen, kriegen (umgangssprachlich; *die technische Überprüfung des Wagens ohne Beanstandung durchlaufen*)
- über den TÜV kommen

Anzeige

Herkunft [INFO](#)

Kurzwort für: Technischer **Ü**berwachungs-**V**erein

Grammatik [INFO](#)

der TÜV; Genitiv: des TÜV, Plural: die TÜV[s]

Aussprache [INFO](#)

Lautschrift

[tyf]

Weitere Vorteile gratis testen

Sie sind öfter hier? Dann sollten Sie einen Blick auf unsere Abonnements werfen. Mit *Duden Plus* nutzen Sie unsere Online-Angebote ohne Werbeeinblendungen, mit *Premium* entdecken Sie das volle Potenzial unserer neuen Textprüfung: Der „Duden-Mentor“ schlägt Ihnen Synonyme vor und gibt Hinweise zum Schreibstil. [Weitere Informationen ansehen.](#)

7 TAGE KOSTENLOS TESTEN →

Stichwort



Anlage (20)



Benutzerhandbuch

DatenClearingStelle (DCS) Pflege

Stand: 09.06.2010

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|--------|--|----|
| 1 | Einführung | 5 |
| 2 | DatenClearingStelle (DCS) | 5 |
| 2.1 | Allgemein | 5 |
| 2.2 | Die Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG) | 5 |
| 2.3 | Transparenzbericht | 6 |
| 2.4 | Bewertungssystematik für die Pflegedienste (ambulant) | 6 |
| 2.5 | Bewertungssystematik für die Pflegeheime (stationär) | 6 |
| 2.6 | Benotungsschema | 7 |
| 2.7 | Verfahren zur Veröffentlichung der Transparenzberichte | 7 |
| 2.8 | Ansprechpartner | 8 |
| 2.9 | Technische Voraussetzungen | 8 |
| 2.10 | Registrierungsverfahren zur DCS für Pflegeeinrichtungen | 9 |
| 3 | Systemübersicht | 15 |
| 3.1 | Verfahrensübersicht (fachlich) | 15 |
| 3.2 | Übersicht Implementierung DatenClearingStelle (DCS) | 16 |
| 3.3 | Allgemeine Hinweise zur Bedienung | 16 |
| 3.3.1 | Darstellung | 16 |
| 3.3.2 | Laufzeitverhalten | 16 |
| 3.3.3 | Sitzung und Laufzeit (Timeout) | 17 |
| 3.3.4 | Navigation | 17 |
| 3.3.5 | Bearbeitungszeitraum | 17 |
| 3.3.6 | Abmeldung | 17 |
| 3.4 | Allgemeiner Aufbau der Web-Seiten | 17 |
| 3.4.1 | Kopfbereich (Header) | 17 |
| 3.4.2 | Navigationsleiste (TreeView) | 19 |
| 3.4.3 | Content-Range (Detailansichten) | 19 |
| 3.4.4 | Navigation mit TreeView | 19 |
| 3.4.5 | Navigation im Content | 19 |
| 3.5 | Funktionsbereiche der Anwendung | 20 |
| 3.5.1 | Anmeldung | 20 |
| 3.5.2 | Transparenzbericht – Stammdaten Ihrer Pflegeeinrichtung | 22 |
| 3.5.3 | Transparenzbericht – Benotung als PDF | 23 |
| 3.5.4 | Eingaben der Einrichtung – Hinweis | 25 |
| 3.5.5 | Eingaben der Einrichtung – Vertragliche Leistungen | 27 |
| 3.5.6 | Eingaben der Einrichtung – Weitere Leistungsangebote | 29 |
| 3.5.7 | Eingaben der Einrichtung – Weitere Prüfergebnisse | 31 |
| 3.5.8 | Eingaben der Einrichtung – Freier Kommentar | 32 |
| 3.5.9 | Eingaben der Einrichtung – Bearbeitung beenden | 34 |
| 3.5.10 | Anwendung beenden | 35 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Registrierungsseite des DCS | 9 |
| Abbildung 2: Registrierung Folgeseite..... | 10 |
| Abbildung 3: Schritt 2 der Registrierung | 11 |
| Abbildung 4: Passwort-Generierung nach Registrierung..... | 12 |
| Abbildung 5: Beispiel einer Registrierungsmail..... | 13 |
| Abbildung 6: Zugang freischalten | 14 |
| Abbildung 7 „Verfahrensübersicht DCS“ | 15 |
| Abbildung 8 Anwendung DatenClearingStelle (DCS) | 16 |
| Abbildung 9 Seitenaufbau des DCS..... | 18 |
| Abbildung 10 Login-Maske | 20 |
| Abbildung 11 Abfrage der geheimen Antwort | 21 |
| Abbildung 12: Startseite nach erfolgreichem Login..... | 22 |
| Abbildung 13 Stammdaten der Pflegeeinrichtung | 23 |
| Abbildung 14 Beispiel für (vorläufigen) Transparenzbericht..... | 24 |
| Abbildung 15 Rechtlicher Hinweis | 26 |
| Abbildung 16 Angaben zu vertraglichen Leistungen..... | 27 |
| Abbildung 17 Seite im Bearbeitungsmodus | 28 |
| Abbildung 18 Angaben zu weiteren Leistungsangaben und Strukturdaten | 29 |
| Abbildung 19 Seite im Bearbeitungsmodus | 30 |
| Abbildung 20 Weitere Prüfergebnisse..... | 31 |
| Abbildung 21 Seite im Bearbeitungsmodus | 32 |
| Abbildung 22 Kommentar der Pflegeeinrichtung..... | 33 |
| Abbildung 23 Seite im Bearbeitungsmodus | 34 |
| Abbildung 24 Bearbeitung beenden | 35 |
| Abbildung 25 Logout | 35 |

Anlagenverzeichnis

- Muster Endgültiger Transparenzbericht ambulant
- Muster Endgültiger Transparenzbericht stationär

und medizinische Betreuung". Aus diesem Bereich werden 35 Qualitätskriterien abgebildet. Außerdem werden die Ergebnisse der Themen "Umgang mit demenzkranken Bewohnern" (zehn Kriterien), die "Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung" (zehn Kriterien) sowie "Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene" (neun Kriterien) erfasst.

Jedes Kriterium wird mit Punkten auf einer Skala von 1 bis 10 bewertet. Pro Bereich wird aus diesen Punkten ein Mittelwert gebildet. Dieser ergibt eine bestimmte Note. Die Gesamtnote wird ermittelt, indem der Mittelwert der Punkte für die Kriterien 1 bis 64 errechnet und diesem eine Note zugeordnet wird.

Der Qualitätsbereich „Befragung der Bewohner“ (18 Kriterien) fließt nicht in die Gesamtnote ein. Er wird separat als Bereichsergebnis ausgewiesen.

Um die Gesamtnote im Vergleich zu anderen Einrichtungen einordnen zu können, wird hierzu auch ein Landesdurchschnitt in dem Bundesland ermittelt.

2.6 Benotungsschema

Der Transparenzbericht enthält die in der nachstehenden Tabelle genannten Benotungen als numerischen Wert sowie die jeweilige Bezeichnung der Note. Die Skalenwerte bilden die Grundlage der Benotung, werden jedoch im Transparenzbericht nicht dargestellt.

| Bezeichnung der Note | Numerisch |
|----------------------|-------------|
| Sehr gut | (1,0 – 1,4) |
| Gut | (1,5 – 2,4) |
| Befriedigend | (2,5 – 3,4) |
| Ausreichend | (3,5 – 4,4) |
| Mangelhaft | (4,5 – 5,0) |

Tabelle der Notenzuordnung

2.7 Verfahren zur Veröffentlichung der Transparenzberichte

1. Der zuständige Landesverband (LV) der Pflegekassen beauftragt den MDK mit der Überprüfung der Pflegeeinrichtung.
2. Der MDK führt die Überprüfung der Pflegeeinrichtung durch.
3. Der MDK bereitet die Ergebnisse der Prüfung auf und übermittelt die Daten als XML-Struktur an die DCS.
4. Die DCS prüft die Datenlieferungen (Struktur), bereitet die Daten auf und erstellt daraus den vorläufigen Transparenzbericht.
5. Der zuständige LV und die geprüfte Pflegeeinrichtung werden schriftlich (derzeit per E-Mail) über das Vorliegen des vorläufigen Transparenzberichtes informiert.
6. Die Pflegeeinrichtung hat nun die Möglichkeit, sich für die weitere Bearbeitung im Online-Verfahren registrieren zu lassen und den vorläufigen Transparenzbericht einzusehen (siehe 2.9.)
7. Die Pflegeeinrichtung macht über das Online-Verfahren innerhalb von 28 Tagen (sollte der Endtag auf einen Sonn- oder Feiertag fallen, so gilt der nächste Arbeitstag als Endtag)
 - Ergänzende Angaben zu den vertraglichen Leistungen (verpflichtend)
 - Ergänzende Angaben zum Leistungsangebot (optional)

- Angaben zu weiteren Prüfergebnissen (optional).

Es ist ferner möglich, einen Kommentar zu den Prüfergebnissen des MDK zu verfassen. Der Kommentar darf maximal 3.000 Zeichen inklusive Leerzeichen umfassen und keine unsachlichen oder verunglimpfenden Inhalte enthalten.

8. Nach Abschluss der Bearbeitung gibt die Pflegeeinrichtung den vorläufigen Transparenzbericht zur Weiterverarbeitung durch den LV frei.
9. Der LV prüft den vorläufigen Transparenzbericht sowie die Angaben der Pflegeeinrichtung und gibt den vorläufigen Transparenzbericht zur Veröffentlichung frei.
10. Die DCS bereitet die Daten für den Transparenzbericht auf, generiert den endgültigen Transparenzbericht und leitet die zugrundeliegenden Daten (XML-Struktur) sowie den Bericht (pdf-Format) an die Veröffentlichungsstellen weiter.
11. Die Veröffentlichungsstellen veröffentlichen den Transparenzbericht im Internet und „anderen geeigneten Medien“.
12. Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, den Transparenzbericht an „gut sichtbarer Stelle“ in der Einrichtung auszuhängen.

2.8 Ansprechpartner

Bitte wenden Sie sich bei Fragen bezogen auf das Verfahren zur Erstellung, Bearbeitung und Veröffentlichung des Transparenzberichtes an einen Mitarbeiter des regional zuständigen Landesverbandes der Pflegekassen bzw. der regional zuständigen Pflegekasse.

2.9 Technische Voraussetzungen

Für eine erfolgreiche Bearbeitung im Programm benötigen Sie als Browser mind. den Internetexplorer 6.0, bei Firefox die Version 3.2.

Die vorhandenen Transparenzberichte – vorläufige Berichte wie Abschlussberichte – werden als PDF geöffnet. Um diese lesen zu können, benötigen Sie einen PDF-Reader, den Sie zum Beispiel bei Adobe kostenlos herunterladen und nutzen können:

<http://get.adobe.com/de/reader/>

Anlage (21)

**Indikatoren zur Beurteilung von
Ergebnisqualität in der stationären Langzeitpflege**

Schulungsmaterial zur Ergebniserfassung

Version 1.0

12. Februar 2019

**erstellt vom Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)**

Gefördert durch:



**Bundesministerium
für Gesundheit**

**aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages**

die Stärken und Schwächen der Versorgung. Sie ermöglichen es auch, die Wirkung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung regelmäßig zu beurteilen.

Schließlich ist mit dem neuen Ansatz auch die Zielsetzung verbunden, mehr Rationalität in die öffentliche Qualitätsdiskussion zu bringen. In der Vergangenheit wurde immer wieder die Erfahrung gemacht, dass Qualitätsdefizite im Bereich von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen in der Öffentlichkeit nicht gut auseinandergehalten werden. Zum Teil wurden Dokumentationsschwächen mit einer gesundheitlichen Schädigung der Bewohner verwechselt. Indikatoren für Ergebnisqualität haben den Vorteil, dass sie solche Verwechslungen ausschließen und unmissverständlich etwas über die Situation des Bewohners aussagen.

2. Indikatoren für Ergebnisqualität

Mit dem Begriff „Versorgungsergebnisse“ wird in der stationären Langzeitpflege also das beschrieben, was durch die Pflege und andere unterstützende Maßnahmen beim Bewohner über einen längeren Zeitraum hinweg bewirkt wird.

Im vorliegenden Ansatz werden Versorgungsergebnisse jedoch nicht für einen Einzelfall, sondern für die Gesamtheit der Bewohner bewertet. Hierzu nutzt man sog. Qualitätsindikatoren. Sie werden häufig auch als „Qualitätskennzahlen“ bezeichnet und stellen die Versorgungsqualität in der Regel mit Hilfe von Prozentwerten dar. Diese Prozentwerte geben an, wie häufig ein bestimmtes Ereignis in der Einrichtung aufgetreten ist. Zum Beispiel:

- Anteil der Bewohner, die in den letzten sechs Monaten einen Dekubitus entwickelt haben (z.B. 4 von 20 = 20,0 %).
- Anteil der Bewohner mit erhaltener Mobilität nach 6 Monaten (z.B. 45 von 55 = 81,8 %).
- Anteil der kognitiv beeinträchtigten Bewohner, die in den letzten 4 Wochen eine Gurtfixierung erlebt haben (z.B. 2 von 65 = 3,1 %).

Um solche Anteilswerte zu ermitteln, muss bekannt sein, wie häufig ein bestimmtes Ereignis unter den Bewohnern auftrat (z.B. Entstehung eines Dekubitus). Außerdem müssen verschiedene weitere Informationen vorliegen, um eine verlässliche Qualitätsbeurteilung vornehmen zu können. So muss beispielsweise berücksichtigt werden, dass ein im Krankenhaus entstandener Dekubitus nicht im Verantwortungsbereich der Einrichtung liegt. Auch darf nicht außer Acht bleiben, dass ein Dekubitus bei bestimmten Bewohnergruppen häufiger auftritt als bei anderen.

Anlage (22)

Gebrauchsanleitung für Qualitätsindikatoren

Der überarbeitete QEP-Qualitätsziel-Katalog 2010 enthält Qualitätsindikatoren (QI) aus dem AQUIK®-Set der KBV, die auf freiwilliger Basis zur quantitativen Darstellung der Versorgungsqualität im Rahmen eines Qualitätsmanagements (QM) genutzt werden können.

Da Qualitätsindikatoren im ambulanten Bereich in Deutschland bislang nicht flächendeckend eingesetzt werden, ergeben sich immer wieder Fragen zu ihrer Bedeutung und Anwendung sowie der Interpretation und Umsetzung der erhaltenen Ergebnisse.

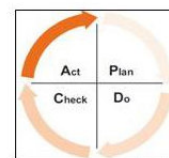
Was sind Qualitätsindikatoren und was können sie?

Qualitätsindikatoren (lat. indicare = anzeigen) sind Hilfsgrößen, die Aspekte von Qualität durch Zahlen oder Zahlenverhältnisse indirekt anzeigen können. Sie ermöglichen Aussagen zu den Bereichen Strukturqualität (z. B. Mitarbeiterzahl und -qualifikation; Anzahl, Alter und Zustand von Geräten), Prozessqualität (z. B. Abläufe in der Praxis während der Diagnose, Therapie und Beratung von Patienten; Praxismanagement) und Ergebnisqualität (z. B. Therapieerfolg, Überlebensraten, Patientenzufriedenheit).

Durch die Einbindung von Qualitätsindikatoren in das Qualitätsmanagement-System der Praxis/ des MVZ kann sowohl die aktuelle Versorgungsqualität (z. B. statistische Erhebungen, Qualitätsberichte) als auch deren Weiterentwicklung (z. B. durch interne Feedback oder den Vergleich mit anderen Praxen/ MVZ) quantitativ dargestellt werden. Dabei können die QIs helfen Qualitätsziele zu konkretisieren und deren Erreichung anhand von genauen Werten zu überprüfen. Die Ergebnisse werden dabei in der Regel prozentual angegeben, wobei nicht generell 100%, sondern die individuell gesteckten Qualitätsziele erreicht werden sollen.

Wie können Qualitätsindikatoren in das praxisinterne QM integriert werden?

Schon jetzt durchläuft eine Praxis mit Qualitätsmanagement den PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) (Abb.1). Er beginnt mit der Untersuchung der gegenwärtigen Situation, um einen Plan zur Verbesserung zu formulieren (plan). Anschließend wird dieser umgesetzt (do) und danach überprüft (check), ob die gewünschte Verbesserung erzielt wurde. Die Maßnahmen werden entweder nachgebessert (act) oder im positiven Fall zum praxisinternen Standard.



Der PDCA-Zyklus

Da Qualitätsindikatoren in der Regel als Quotienten dargestellt werden, werden bei ihrer Anwendung analog des PDCA-Zyklus zunächst Zähler und Nenner definiert und daraus die individuelle bzw. praxisbezogene Ausprägung des Indikators errechnet.

Dabei ist das alleinige Zahlenverhältnis von Zähler und Nenner noch nicht aussagekräftig. Eine Bewertung der Qualität kann erst in Verbindung mit einem Referenzwert oder -bereich als Maßstab erfolgen. Während der Referenzbereich ein Intervall mit Ober- und Untergrenze definiert, innerhalb dessen die entsprechenden Ausprägungen eines Indikators als qualitativ gut oder zumindest unauffällig bewertet werden, definiert der Referenzwert einen einzigen Schwellenwert zur Differenzierung guter Qualität und qualitativ auffälliger Ausprägungen des Indikators. Im Prinzip handelt es sich dabei um einen Referenzbereich, bei dem Ober- und Untergrenze zusammenfallen [Quelle: GMDS (2007): Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements].

Der Referenzwert/-bereich für den QI kann für das QM z. B. anhand von Werten des Vorjahres/-quartals, der Werte anderer Praxen innerhalb eines Qualitätszirkels oder anhand von Angaben aus der Literatur festgelegt werden.

Anhand der Definition von Referenzwerten/-bereichen können Sie individuelle bzw. praxisbezogene Qualitätsziele festlegen und diese durch den anschließenden Abgleich der gemessenen Indikator-Ausprägung Ihrer Praxis mit dem Referenzwert/-bereich dann z. B. quartals- oder jahresweise überprüfen und ggf. anpassen.

Wie geht die Praxis vor? (Anwendungsbeispiel)

PLAN

1. Eine Praxis entschließt sich, ihre Versorgungsqualität im Bereich Prävention/Vorsorge (Kernziel) zu überprüfen und erhebt dazu den QI zur Gripeschutzimpfung (Qualitätsziel-Katalog 2010 S. 52f).

Definition des QI 2.12 des AQUIK®-Sets Impfen – Gripeschutz :
Anteil der Patienten ab einem Alter über 60 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate, denen in diesem Zeitraum eine Gripeschutzimpfung angeboten wurde oder in deren Akte dokumentiert ist, dass sie diese bereits woanders erhielten.

Der Indikator berechnet sich wie folgt:

| | |
|-----------------|--|
| Zähler = | Anzahl der Patienten ab einem Alter über 60 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate, denen in diesem Zeitraum eine Gripeschutzimpfung angeboten wurde oder in deren Akte dokumentiert ist, dass sie sie bereits woanders erhielten |
| | geteilt durch |
| Nenner = | Anzahl aller Patienten ab einem Alter über 60 Jahre innerhalb der letzten 12 Monate |

DO

2. Um den Zähler des QIs zu erhalten, erstellt die Praxis eine Liste der Patienten > 60 Jahre, bei denen im letzten Jahr eine Pseudo-Abrechnungsziffer für Gripeschutzimpfung abgerechnet wurde. Außerdem nimmt sie alle Patienten mit in die Liste auf, die eine Beratung zur Gripeschutzimpfung oder die Impfung bei einem anderen Arzt erhalten haben (z. B. 1051 Patienten).
3. Um den Nenner zu ermitteln, wird die Anzahl aller Patienten > 60 Jahre, die im letzten Jahr in Behandlung waren, benötigt. Hier hat die Praxis ebenfalls eine Liste erstellt (z. B. 2632 Patienten).
4. Hieraus errechnet die Praxis den Qualitätsindikator = 1051 geteilt durch 2632 = 0,399; gerundet 0,4

CHECK/ACT

5. Vergleich des Ergebnisses mit verfügbarem Referenzwert/-bereich. Das könnte bspw. ein Wert von Kollegen aus dem Qualitätszirkel, ein Wert aus der Fachgruppe oder des Vorjahresquartals der eigenen Praxis sein.
6. Bei der ersten Ermittlung des QI 2.12 Impfen – Gripeschutz hat die Praxis einen Indikator von gerundet 0,4 erreicht. D. h. 40% aller Patienten > 60 Jahre haben innerhalb der letzten 12 Monate eine Gripeschutzimpfung erhalten oder angeboten bekommen.
 Als zukünftiges Ziel setzt sich die Praxis einen Wert von 50%, den sie in den nächsten 12 Monaten erreichen möchte.
 Ein Jahr später überprüft die Praxis den QI und stellt fest, dass der Anteil der Patienten > 60 Jahre, denen innerhalb der letzten 12 Monate eine Gripeschutzimpfung angeboten oder verabreicht wurde, auf 54% gestiegen ist. Damit wurde der intern bestimmte Zielwert von 50% für diesen QI nicht nur erreicht, sondern sogar übertroffen.

Die Praxis konnte die im Rahmen des QM neu eingeführten Prozesse erfolgreich umsetzen und ihre Versorgungsqualität im Bereich Gripeschutzimpfung steigern.

Anlage (23)

Der MDS

Der MDS Auf einen Blick

Der MDS in Kürze

Name: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) oder Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes

Aufgaben: Der MDS ist eine medizinische und pflegfachliche Expertenorganisation, die die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung auf Bundesebene – insbesondere den GKV-Spitzenverband – berät. Der MDS koordiniert die fachliche Arbeit der MDK in den Ländern, um die Begutachtung und Beratung nach bundesweit einheitlichen Kriterien sicher zu stellen.

Sitz: Essen

Gründung: 1989 als Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS), am 1. Juli 2008 Änderung von Trägerschaft und Namen

Rechtsform: eingetragener Verein

Vereinsmitglieder: GKV-Spitzenverband sowie die MDK und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene als Fördermitglieder nach § 282 Absatz 2a, Satz 2 SGB V.

Weitere Fördermitglieder: Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientinnenstellen und –Initiativen (BAGP), der Sozialverband Deutschland (SoVD) und die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE e.V.) als für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene.

Haushaltsvolumen: 12,2 Mio. Euro (2019)

Anlage (24)

Datenauswertungsstelle übermittelt hat. Ein weiterer wichtiger Baustein ist das Fachgespräch mit den Pflegekräften vor Ort über die Prüfergebnisse der Personenstichprobe. Insgesamt gewinnt die pflegefachliche Beratung des MDK an Bedeutung. Die Pflegedokumentation spielt in Zukunft eine nachgeordnete Rolle.

In der Zeit vom 1. November 2019 bis zum 31. Dezember 2020 werden alle Pflegeheime einmal geprüft, danach im Abstand von einem Jahr. Heime mit guten Indikatoren- und guten Prüfergebnissen werden ab 2021 nur noch alle zwei Jahre vom MDK geprüft. Regelprüfungen sind bei der Einrichtung in Zukunft einen Tag vorher anzukündigen. Anlassprüfungen, die die Landesverbände der Pflegekassen nach Hinweisen auf Mängel beim MDK beauftragen können, erfolgen wie bisher unangemeldet.

Hintergründe zum neuen Qualitäts- und Prüfsystem

In den vergangenen Jahren war die Darstellung der Pflegequalität in Pflegenoten erheblich in die Kritik geraten, weil Qualitätsmängel der Einrichtungen für Verbraucherinnen und Verbraucher nicht klar erkennbar sind. Deshalb hat der Gesetzgeber 2016 mit dem Pflegestärkungsgesetz II die gesamte Qualitätssicherung im Rahmen der Pflegeversicherung neu geordnet und den Qualitätsausschuss Pflege eingerichtet. Dieser setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern der Leistungserbringer und der Pflegekassen.

Im Auftrag des Pflegequalitätsausschusses haben das Institut für Pflegewissenschaft an der Uni Bielefeld (Dr. Klaus Wingenfeld) und das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua-Institut) in Göttingen konkrete Konzepte für eine neue Qualitätsprüfung und -darstellung erarbeitet. Der Qualitätsausschuss Pflege hat den Abschlussbericht der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit den konkreten Umsetzungsvorschlägen für die stationäre Pflege im September 2018 abgenommen. Im November 2018 wurde mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) beschlossen, dass die neue Qualitätsprüfung und -darstellung bis Ende 2019 umzusetzen ist.

Die Weiterentwicklung für die ambulante Pflege

Für die ambulante Pflege haben die Hochschule Osnabrück (Prof. Dr. Andreas Büscher) sowie das Institut für Pflegewissenschaft an der Uni Bielefeld (Dr. Klaus Wingenfeld) ebenfalls Vorschläge für eine analoge Anpassung der MDK-Prüfung erarbeitet.

Der Qualitätsausschuss Pflege hat den Abschlussbericht mit Umsetzungsvorschlägen für die ambulante Pflege ebenfalls abgenommen. Bevor die Ergebnisse umgesetzt werden können, ist noch eine Pilotierung des neuen Prüfkonzeptes erforderlich. Die Pilotierung hat der Qualitätsausschuss Pflege an das IGES-Institut vergeben. Voraussichtlich wird das Projekt im

Anlage (25)

Pflegemarkt.com.
 Am Puls der Pflege

 Pflegemarkt / Fachartikel / Die Liste der 30 größten
 Pflegeheimbetreiber in Deutschland 2013

Die Liste der 30 größten Pflegeheimbetreiber in Deutschland 2013

9. November 2015

Sebastian Meißner

2 Kommentare

Fachartikel

Vielen Dank, dass Sie sich für die Daten und Statistiken von pflegemarkt.com interessieren! Dies hier sind die größten Pflegeheimbetreiber 2013 – hier kommen Sie zu den 30 größten Pflegeheimbetreibern 2020.

Die aktuelle Liste der größten Pflegeheimbetreiber in Deutschland basiert auf der Auswertung der rund 11.000 bei [pflagedatenbank.com](#) gelisteten Pflegeheime. Diese verfügen über rund 870.000 stationäre Pflegeplätze nach SGB XI. Mit 138.500 Betten stellen die 30 größten Träger stationärer Pflegeeinrichtungen 16 Prozent aller verfügbaren Pflegeplätze zur Verfügung, 12,5 Prozent aller Heime befinden sich in der Trägerschaft der größten Ketten.

Curanum AG Marktführer in Deutschland

Die Curanum AG führt die Liste der größten Betreiber mit insgesamt 13.201 Pflegeplätzen im stationären Sektor deutlich an. Das Unternehmen mit Sitz in München gehört seit diesem Jahr zum europäischen Marktführer im stationären Pflegemarkt, der Korian Gruppe aus Frankreich. Die Korian Gruppe ist bereits seit 2007 in Deutschland aktiv und hat im September 2007 die Phönix Seniorenheime Beteiligungsgesellschaft GmbH mit Sitz in Füssen übernommen. Seit September 2013 sind die Phönix Einrichtungen ein Teil der Curanum AG, die nun mit 124 stationären Einrichtungen in Deutschland vertreten ist. Europaweit betreibt die Korian Gruppe rund 600 Einrichtungen und ist der Marktführer in Deutschland, Frankreich und Belgien sowie die Nummer zwei in Italien.

Pro Seniore vom ersten Platz verdrängt

Der bisherige Marktführer Pro Seniore liegt, gemessen an der Zahl der zur Verfügung stehenden Pflegeplätze, nur noch auf Rang zwei. Das Unternehmen aus Saarbrücken ist Teil der Victor's Bau & Wert AG, die mit Pro Seniore rund 90 Prozent ihres Umsatzes generiert und darüber hinaus in der Gebäudemanagement- und Hotelbranche agiert. Rund 10.500 Plätze im stationären Pflegebereich stehen in den Einrichtungen der Pro Seniore Consulting + Conception für Senioreneinrichtungen AG zur Verfügung.

Auf Rang drei in der Liste der größten Pflegeheimbetreiber folgt die CASA REHA Holding GmbH aus Oberursel in Hessen. Hinter der CASA REHA, die in 64 Einrichtungen gut 9.000 Pflegeplätze zur Verfügung stellt, steht seit 2007 der britische Private-Equity-Investor HgCapital, der zu diesem Zeitpunkt die Anteile des amerikanischen Investors Advent übernommen hat.

Engagements von Finanzinvestoren in Pflegeheimen und Kliniken nehmen zu

Im Portfolio des Investors Advent befindet sich auch die Klinikette Median, die bundesweit 27 Rehakliniken und zwei Pflegeheime in Baden-Württemberg betreibt. Eigentümer der Pflegeheimkette Alloheim, Rang zwölf der größten Betreiber, ist der amerikanische Investor Carlyle. Die Carlyle Group übernahm im August 2013 die Trägerschaft der 49 Einrichtungen mit mehr als 4.700 Pflegeplätzen vom britischen Investor Star Capital Partners. Die Alloheim Senioren-Residenzen GmbH ist seit dem Einstieg von Star Capital Partners 2008 von 13 Einrichtungen auf nunmehr 49 Residenzen gewachsen. Neben amerikanischen und britischen Investoren spielt



Newsletter Anmeldung

Aktuelle Statistiken, Rankings
und Marktdaten monatlich per
E-Mail erhalten.

Ich habe die Hinweise zum
Datenschutz gelesen und bin
mit der Verarbeitung meiner
Daten einverstanden.

Neue Beiträge

[Baden-Württemberg fördert innovative Pflegeprojekte mit rund 3,6 Millionen Euro](#)
[Katharinenhof mit neuer Geschäftsführung](#)
[Pflege & Wohnen Hamburg mit neuer Geschäftsführerin](#)
[MCC Deutschland übernimmt Altera Senioren-Domizil Wertheim GmbH](#)
[Dussmann Group mit](#)

Die richtigen Daten und die passende Kampagne zusammenbringen. Hierfür steht das Agenturteam der pm pflegemarkt.com GmbH. Kunden- und Personalmarketing in der Pflegebranche. www.pm-pflegemarkt.com

übernahmen die Franzosen die Mehrheit an der ebenfalls in München ansässigen Deutschen Fachpflege Holding GmbH, die Marktführer für ambulante Intensivpflege in der Bundesrepublik ist.

Position der frei gemeinnützigen Träger nicht darstellbar

Die Mehrheit der stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland wird nach wie vor von frei gemeinnützigen Trägern betrieben. Aufgrund der Verbandsstrukturen lässt sich die Marktposition der großen Verbände schlecht und gar nicht darstellen. Die Trägerschaft der Pflegeheime erfolgt zumeist durch regionale Verbände und Vereinigungen. Mit rund 60.000 Pflegeplätzen bieten die Heime der Arbeiterwohlfahrt insgesamt das größte Angebot, der Bezirksverband Westliches Westfalen rangiert als größter Träger stationärer Pflegeeinrichtungen innerhalb der AWO mit gut 7.000 Pflegeplätzen in 60 Einrichtungen auf Platz sechs der Rangliste der größten Pflegeheimbetreiber. Etwa 65.000 Plätzen bieten die zahlreichen diakonischen Vereinigungen und Verbände, Caritas und das Deutsche Rote Kreuz sind mit rund 45.000 und 30.000 Pflegeplätzen im stationären Pflegemarkt vertreten. Das Bayerische Rote Kreuz und der Arbeiter Samariter Bund verfügen jeweils über rund 11.500 Plätze, die 91 zentral betriebenen Einrichtungen der Johanniter bieten Platz für 7.700 Pflegebedürftige. Die **Johanniter Seniorenhäuser GmbH** ist damit der größte gemeinnützige Träger und belegt im Ranking den fünften Platz.

Aktuelle Information aus Hamburg

Den Sprung in die Top-30 der größten Heimbetreiber schaffte in letzter Minute die Deutsche Seniorenstift Gesellschaft aus Hannover. Mit der Übernahme der beiden Heime der Rommerskirchen GbR in Hamburg im Dezember 2013 verfügt die DSG nunmehr über gut 2.000 Pflegeplätze in 18 Einrichtungen und belegt Rang 28 der größten Heimbetreiber in Deutschland.

Bauprojekte
Deals
Fachartikel
Neugründungen
News
Veränderungen

Nur für Alltagsbegle

in der Sozialen Betreuung

Gratis: 40 Beschäftigungsangebote f
Betreuung von Menschen mit Demer
praxis-soziale-betreuung.de

ÖFFNEN

Die 30 größten Pflegeheimbetreiber 2013 in Deutschland

nach Anzahl der Pflegeplätze

ein Projekt der pm pflegemarkt.com GmbH

| Position | Unternehmen | Firmensitz | Anzahl Heime | Ø-MDK Note | Anzahl Plätze |
|----------|---|------------------|--------------|------------|---------------|
| 1 | CURANUM AG | München | 124 | 1,24 | 13.046 |
| 2 | Pro Seniore Consulting + Conception für Senioreneinrichtungen AG | Saarbrücken | 86 | 1,28 | 10.487 |
| 3 | CASA REHA Holding GmbH | Oberusel | 64 | 1,22 | 9.060 |
| 4 | Kursana Residenzen GmbH | Berlin | 90 | 1,19 | 8.688 |
| 5 | Johanniter Seniorenhäuser GmbH | Berlin | 91 | 1,15 | 7.717 |
| 6 | Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Westliches Westfalen e. V. | Dortmund | 60 | 1,28 | 7.186 |
| 7 | Vitanas GmbH & Co. KGaA | Berlin | 50 | 1,25 | 6.821 |
| 8 | Marseille-Kliniken AG | Hamburg | 56 | 1,41 | 6.401 |
| 9 | Evangelische Heimstiftung GmbH | Stuttgart | 74 | 1,08 | 5.981 |
| 10 | CURA Kurkliniken Seniorenwohn- und Pflegeheime GmbH | Berlin | 51 | 1,19 | 5.636 |
| 11 | Silver Care Holding GmbH | München | 53 | 1,06 | 5.231 |
| 12 | Alloheim Senioren-Residenzen GmbH | Düsseldorf | 49 | 1,23 | 4.715 |
| 13 | AZURIT Rohr GmbH | Eisenberg | 40 | 1,29 | 4.418 |
| 14 | SENATOR Unternehmensgruppe | Lübeck | 45 | 1,24 | 3.997 |
| 15 | DOMICIL Senioren-Residenzen Hamburg SE | Hamburg | 32 | 1,10 | 3.269 |
| 16 | K & S – Dr. Krantz Sozialbau und Betreuung SE & Co. KG | Sottrum | 27 | 1,16 | 3.240 |
| 17 | Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Baden-Württemberg e. V. | Stuttgart | 57 | 1,10 | 3.087 |
| 18 | Sozialservice-Gesellschaft des Bayerischen Roten Kreuzes GmbH | München | 26 | 1,35 | 3.019 |
| 19 | Unternehmensgruppe Burchard Führer GmbH | Dessau-Roßlau | 34 | 1,31 | 2.860 |
| 20 | Arbeiterwohlfahrt Landesverband Saarland e.V. | Saarbrücken | 28 | 1,17 | 2.701 |
| 21 | Arbeiter-Samariter-Bund Sachsen e. V. | Dresden | 30 | 1,06 | 2.430 |
| 22 | compasso GmbH & Co. KG | Ulm | 21 | 1,26 | 2.403 |
| 23 | Senioren Wohnpark Weser GmbH | Bremen | 34 | 1,36 | 2.301 |
| 24 | MÜNCHENSTIFT GmbH | München | 9 | 1,04 | 2.166 |
| 25 | gemeinnützige ProCurand GmbH & Co. KGaA | Berlin | 23 | 1,21 | 2.147 |
| 26 | AWO Landesverband Thüringen e. V. | Erfurt | 30 | 1,31 | 2.125 |
| 27 | AGAPLESION gAG | Frankfurt / Main | 24 | 1,18 | 2.115 |
| 28 | DSG Deutsche Seniorenstift Gesellschaft mbH & Co. KG | Hannover | 18 | 1,07 | 2.016 |
| 29 | LAFIM - Dienste für Menschen gemeinnützige AG | Potsdam | 30 | 1,17 | 1.943 |
| 30 | Vitalis - Gesellschaft für soziale Einrichtungen mbH Vitalis GmbH | Dresden | 19 | 1,66 | 1.938 |

Quelle: Sebastian Meißner, pflegedatenbank.com, Stand: 17.12.2013

Die Anzahl der Pflegeplätze beinhaltet ausschließlich die stationären Pflegeplätze ohne Plätze für betreutes Wohnen und Apartments ohne Pflegeleistungen

Die Anzahl der Einrichtungen beinhaltet alle Pflegeheime, die vollstationäre Pflegeleistungen anbieten

Liste der 400 größten Pflegeheimbetreiber

845€

einmalig | zzgl. USt.

Unternehmensprofile mit Firmendaten im Excel-Format

Anzahl der Standorte und Pflegeplätze

DSGVO konforme Detailinformationen

Aktuelle Betreiberwechsel bereits berücksichtigt

Bestellen

Die richtigen Daten und die passende Kampagne zusammenbringen. Hierfür steht das Agenturteam der pm pflegemarkt.com GmbH. Kunden- und Personalmarketing in der Pflegebranche. www.pm-pflegemarkt.com

Anlage (26)

#RENTEFÜRALLESie befinden sich hier: [Über uns](#) [Themen](#) [Ratgeber Recht](#) [Pflege](#) **Das bringt der neue Pflege-TÜV****RATGEBER PFLEGE**

21. November 2019

Das bringt der neue Pflege-TÜV

Wer bisher einen Pflegeplatz gesucht hat, kam mit dem alten Pflege-TÜV nicht weit. Die Noten sagten nur wenig über die tatsächliche Qualität der Pflege in einem Heim aus. Das soll sich nun ändern: Das neue System sieht eine differenzierte Beurteilung vor. Noch offen ist, wie die Daten aufbereitet werden, sodass sie eine verlässliche Orientierung bieten. Wir beantworten die wichtigsten Fragen.



Der neue Pflege-TÜV soll Älteren helfen, einen guten Heimplatz zu finden. | © Pixabay

Warum war das bisherige System zur Bewertung von Pflegeheimen ungeeignet?

Fast alle Heime schnitten gut ab, die bundesweite Durchschnittsnote lag bei 1,2. Grund dafür war, dass rund 40 unterschiedliche Kriterien in die Bewertung einfließen. Eine schlechte Wundpflege etwa konnte durch attraktive Parkanlagen oder den Speiseplan ausgeglichen werden. „Für den Nutzer boten die Noten keinerlei Orientierung“, kritisiert Olaf Christen, Referent für Pflege beim Sozialverband VdK Deutschland. Deshalb wurde ab 2015 ein neuer Pflege-TÜV entwickelt, der nun an den Start geht. Die ersten Daten sollen Mitte 2020 abrufbar sein.

Anlage (27)



Universität Bielefeld

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW



Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe

**Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**

Abschlussbericht

**Dr. Klaus Wingefeld (Projektleitung), Thomas Kleina und Simone Franz
Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)**

**Dr. Dietrich Engels (Projektleitung), Silke Mehlan und Dr. Heike Engel
Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (ISG)**

Bielefeld/Köln, März 2011

den können. Darüber hinaus sollten sie sich für einen seriösen Vergleich der Qualität zwischen Einrichtungen eignen.

Gesundheitsbezogene Indikatoren, die sich zur vergleichenden Qualitätsbeurteilung eignen

Im Verlauf des Projekts wurden zahlreiche Kriterien, die in der Literatur oder in Konzeptdokumentationen beschrieben werden, auf ihre Nutzbarkeit als Indikatoren zur Beurteilung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen überprüft. Dabei erwiesen sich 15 Indikatoren als geeignet für vergleichende Qualitätsbeurteilungen. Sie erfüllen die inhaltlichen und methodischen Voraussetzungen, um Qualitätsunterschiede aufzuzeigen, und sind in den Handlungsfeldern internes Qualitätsmanagement, externe Qualitätsprüfungen und öffentliche Qualitätsberichterstattung einsetzbar. Sie sind in drei Bereiche unterteilt:

Bereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit

- Erhalt oder Verbesserung der Mobilität (zwei Indikatoren)
 - von Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
 - von Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen.
- Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen (zwei Indikatoren)
 - bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
 - bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen
- Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Bereich 2: Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen

- Dekubitusentstehung (zwei Indikatoren)
 - bei Bewohnern mit geringem Dekubitusrisiko
 - bei Bewohnern mit hohem Dekubitusrisiko
- Stürze mit gravierenden Folgen (zwei Indikatoren)
 - bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
 - bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (zwei Indikatoren)
 - bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
 - bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen

Bereich 3: Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen

- Integrationsgespräch für Bewohner nach dem Heimeinzug
- Einsatz von Gurtfixierungen
- Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen
- Schmerzmanagement (Schmerzeinschätzung/Information über Schmerz).

Anlage (28)



Universität Bielefeld

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW

aQua
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

**Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen
nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach
§ 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege**

**Abschlussbericht:
Darstellung der Konzeptionen für das neue
Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung**

Verfasser:

K. Wingefeld, C. Stegbauer, G. Willms, C. Voigt, R. Woitzik

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

Tel.: +49 (0) 521 - 106 6880
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de

aQua - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Maschmühlenweg 8–10
37073 Göttingen

Tel.: +49 (0) 551-789 52- 0
E-Mail: office@aqua-institut.de

**im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege
Überarbeitete Fassung – Bielefeld/Göttingen, 3. September 2018**

Referenz- und Schwellenwerte in der Phase des Übergangs

Für den Einstieg in das System werden Schwellenwerte unmittelbar benötigt, also bereits zu einem Zeitpunkt, zu dem noch keine Daten aus bundesweiten Ergebniserfassungen vorliegen. Als erste, vorläufige Lösung können die Referenz- und Schwellenwerte verwendet werden, die derzeit in den vom IPW begleiteten Projekten genutzt werden:

| Indikator | Referenzwert (Durchschnitt) | Schwellenwerte für die fünfstufige Bewertung | | | |
|--|--------------------------------|--|--------|--------|--------|
| | | a) | b) | c) | d) |
| 1.1 | 88,4 % | 80,497 | 85,754 | 91,011 | 96,268 |
| 1.2 | 69,4 % | 58,623 | 65,776 | 72,929 | 80,082 |
| 1.3 | 83,8 % | 75,278 | 80,970 | 86,662 | 92,354 |
| 1.4 | 57,9 % | 45,440 | 53,719 | 61,998 | 70,277 |
| 1.5 | 74,8 % | 64,030 | 71,198 | 78,366 | 85,534 |
| 2.1 | 1,6 % | 3,091 | 2,091 | 1,091 | 0,091 |
| 2.2 | 8,4 % | 16,083 | 10,955 | 5,827 | 2,914 |
| 2.3 | 6,9 % | 11,089 | 8,312 | 5,535 | 2,758 |
| 2.4 | 12,9 % | 18,464 | 14,768 | 11,072 | 7,376 |
| 2.5 | 2,1 % | 3,562 | 2,562 | 1,562 | 0,562 |
| 2.6 | 4,9 % | 9,103 | 6,325 | 3,547 | 0,769 |
| 3.1 | 50,7 % | 20,659 | 40,659 | 60,659 | 80,659 |
| 3.2 | 2,8 % | 5,210 | 3,623 | 2,036 | 0,449 |
| 3.3 | 18,7 % | 32,311 | 23,222 | 14,133 | 5,044 |
| 3.4 | 79,0 % | 63,965 | 73,966 | 83,967 | 93,968 |
| Interpretationshilfe: Spalte a) beinhaltet den unteren Schwellenwert, also den Wert, unterhalb dessen die Qualitätsbewertung „weit unter dem Durchschnitt“ zugewiesen wird. Beim Indikator 1.1 liegt der Wert bei 80,497. Die Qualitätsbewertung „leicht unter dem Durchschnitt“ ergibt sich bei Werten zwischen 80,497 und 85,754 (Spalten a) und b)). | | | | | |

Für die erste Zeit nach der Einführung des neuen Systems ist es empfehlenswert, die Entwicklung der Ergebnisse im Bundesmaßstab stetig zu beobachten und die Tragfähigkeit dieser Referenz- und Schwellenwerte zu überprüfen.

Es ist außerdem empfehlenswert, aus verschiedenen (anderen) Gründen eine Übergangsphase zu definieren, in denen zwar Ergebniserfassungen und Indikatorenberechnungen stattfinden, in denen aber noch keine Qualitätsbewertung im Rahmen von Qualitätsdarstellungen veröffentlicht werden. Eine solche Übergangsphase eröffnet den zeitlichen Spielraum, die entsprechende Prüfung der vorgeschlagenen Referenzwerte vorzunehmen. Es ist nicht erforderlich, dass die für den Einstieg in das System gewählten Referenzwerte dem rechnerischen Bundesdurchschnitt genau entsprechen. Sie sollten aber auch nicht allzu weit davon entfernt liegen, weil eine spätere Anpassung zu Veränderungen der Qualitätsbewertung trotz gleichbleibender Kennzahlen führen könnte. Zwar ist es nicht un-

bedingt zu vermeiden, dass nach der Einführung eines neuen Systems die Bewertungsmaßstäbe in relativ kurzer Zeit neu justiert werden, wünschenswert wäre jedoch eher, dass sich beim Einstieg in das Systems möglichst wenig Schwankungen der Referenzwerte ergeben.

3.3 Ergebniserfassung

Stationäre Pflegeeinrichtungen führen nach einem vorgegebenen Regelwerk im Abstand von sechs Monaten eine Ergebniserfassung für die Bewohner der Einrichtung durch. Die Ergebniserfassung beinhaltet zum einen die Zusammenstellung von Informationen, die Bestandteil der routinemäßigen Pflegedokumentation oder anderer Dokumentationen sind, die die Einrichtung vorhält (beispielsweise Informationen über Krankenhausaufenthalte, Sturzprotokolle, Angaben zur Entstehung einer Wunde, Gewichtsverlauf usw.). Sie umfasst zum anderen die Beurteilung ausgewählter Fähigkeiten oder ausgewählter Merkmale der Pflegebedürftigkeit (beispielsweise eine Beurteilung der Mobilität oder der kognitiven Fähigkeiten).

Instrumentarium für die Ergebniserfassung

Die Ergebniserfassung erfolgt in einer EDV-gestützten Form (z. B. online-Eingabe oder gesonderte Software-Lösung, vgl. zweiter Zwischenbericht). Die Einrichtungen verfügen über eine Anleitung mit inhaltlichen und methodischen Erläuterungen, das den Umgang mit dem Instrument bzw. die einzelnen Merkmale und die Merkmalsausprägungen erläutert.

Ein weiteres wichtiges Instrument stellt der *Erhebungsreport* dar. Hierbei handelt es sich um ein Dokument, das vorrangig der internen Steuerung der Ergebniserfassung dient, das aber auch für die externen Prüfungen eine wichtige Funktion hat. In diesem Erhebungsreport befindet sich eine sogenannte Codierliste, die eine Zuordnung von Bewohnernamen und individuellen Bewohnercodes bzw. Pseudonymen enthält. Im Rahmen der externen Prüfungen dient diese Liste

- der namentlichen Identifizierung von sechs Bewohnern, für deren Aufnahme in die Stichprobe von der Datenauswertungsstelle die betreffenden Pseudonyme übermittelt wurden.
- der Identifizierung von drei weiteren Bewohnern, deren Pseudonym bei der Datenauswertungsstelle noch nicht verzeichnet ist, weil sie erst nach der letzten Ergebniserfassung eingezogen sind oder weil sie aus anderen Gründen nicht in den Datensatz für die Einrichtung aufgenommen wurden (z. B. Kurzzeitpflegegast) (vgl. Kapitel 4.4.1).

In dieser Liste sind sämtliche Bewohner verzeichnet, die zu einem definierten Stichtag in der Einrichtung leben. Für diese Bewohner wird angegeben, ob sie in die Ergebniserfassung einbezogen wurden oder nicht. Bei Nichteinbeziehung wird der hierfür ausschlaggebende Grund benannt. Dies gilt auch für Bewohner, die bei der Ergebniserfassung vor sechs Monaten teilgenommen haben, zum Stichtag aber nicht mehr in der Einrichtung leben.